FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

201

LES HERNIES

PAR GLISSEMENT DU GROS INTESTIN

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 mars 1905 à 1 h.

PAR

Amédée BAUMGARTNER

Ancien interne des Hôpitaux,
Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris,
Né à Fleury-sur-Andelle (Eure), le 9 mai 1875

Président..... M. POIRIER, Professeur

Juges..... MM. GUYON, professeur
CUNÉO, agrégé
HARTMANN, agrégé

PARIS
G. JACQUES, ÉDITEUR
14, Rue Hautefeuille, 14

—

1905

A MES MAITRES

M. le Professeur PAUL POIRIER.

Membre de l'Académie de médecine, mon Président de Thèse.

M. le Professeur PAUL RECLUS, Membre de l'Académie de médecine.

M. CHARLES MONOD, Membre de l'Académie de médecine.

M. G. RICHELOT, Membre de l'Académie de médecine.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX ET A LA FACULTÉ

MM. le Professeur PAUL BERGER, LABADIE-LAGRAVE, ARROU, CUNÉO, PIERRE DUVAL, J.-L. FAURE, MORESTIN, RIEFFEL et SAVARIAUD.

A M. FRANÇOIS HUE, professeur de l'École de médecine de Rouen.

Nous remercions notre collègue et ami Edm. PAPIN, *des excellentes figures qu'il a obligeamment dessinées pour notre thèse.*

LES HERNIES

PAR GLISSEMENT DU GROS INTESTIN

Ce mémoire est basé sur 159 observations, dont 8 inédites. Deux d'entre elles nous sont personnelles ; elles ont été étudiées sur le cadavre, dans le laboratoire de notre maître M. le professeur Poirier, et à notre pavillon de l'Ecole pratique. Leur dissection attentive nous a permis de préciser certaines particularités du mécanisme de ces hernies ; nous a révélé une complication peu étudiée jusqu'à présent : la ptose du rein, liée intimement à la traction de l'intestin et de son revêtement péritonéal ; et nous a montré, par les déformations de l'aorte, consécutives aux hernies — fait qui, à notre connaissance, n'a point encore été signalé — l'altération du système vasculaire qui, obligé de soutenir un viscère ptosé, cède avec lui et rend précaire la nutrition de cet organe.

Ces hernies, hernies par glissement, à sac incomplet, sans sac, avec adhérence charnue naturelle, suivant les dénominations pathogénique ou anatomiques, qu'on leur a attribuées, sont signalées depuis fort longtemps. D'après Koch (1) (B—44), le premier cas de hernie adhérente du cæcum et de l'appendice est décrit par *Johann Otto* en 1688. « Dieser Steinschneider » ouvrit par mégarde d'un coup de scalpel le gros intestin, croyant avoir affaire à une hydrocèle. Il en ré-

(1) B — renvoie à l'index bibliographique, et O — aux observations à la fin du mémoire.

sulta une fistule intestinale par laquelle refluaient les lavements. Au XVIIIe siècle, *J. L. Petit* (O — 52), opère une hernie étranglée qu'il est difficile de réduire à cause du « mésentère » qui s'insère à l'anneau ; *Arnaud* (O — 35), en réséquant le cæcum et l'iléon gangrénés par étranglement herniaire est obligé de sectionner le méso-colon et de lier les vaisseaux qui le parcourent. *Sernin* (O — 73), parle de hernie sans sac, où le colon a la même disposition que lorsqu'il est fixé dans la région iléo lombaire gauche. *Sandifort*, *Wrisberg* ont disséqué des hernies congénitales chez le nouveau-né, où l'appendice est relié par « une sorte de ligament membraneux » au testicule et au cordon; *Desault*, *Chopart*, disent avoir vu « le cæcum à nu sous les téguments du scrotum » ; *Tritschler*, publie à Tubingue une thèse sur les hernies du cæcum.

Scarpa, professeur à l'Université de Pavie, réunit ces faits; au commencement du XIXe siècle parait le « Traité des hernies », où sont soigneusement classées les diverses sortes d'adhérences : gélatineuses, membraneuses, charnues non naturelles, relevant de l'inflammation : et les adhérences charnues naturelles formées par « les mêmes liens qui fixent naturellement l'intestin dans la cavité abdominale, et qui ont été entraînées avec lui dans le scrotum ». Scarpa s'élève contre l'opinion de Chopart, Desault, Sernin, qui considèrent la disposition sous péritonéale du cæcum, comme habituelle ; il classe les adhérences naturelles en trois degrés suivant le segment d'intestin hernié, fond du cæcum libre dans le sac, origine du colon ascendant fixé au collet par un méso, colon ascendant derrière le péritoine du sac, auquel il adhère dans une grande étendue. Les planches de son atlas reproduisent ces trois variétés étudiées sur le cadavre. Cette description n'a point fait fortune au début, et *Follet* (O — 42), rapportant à la Société de chirurgie en 1872 un cas de hernie sous péritonéale du cæcum et de l'appendice, avec petit cul de sac séreux en haut et en avant de l'intestin, ajoute : « Cette disposition tangentielle du péritoine

dans les hernies cæcales, est la règle ». Plusieurs observations de hernies à sac incomplet avaient été rapportées depuis Scarpa, *Brachi* pour le cæcum (O—58), *Robert* (O — 142), *Roussel* (O — 155), pour l'S. Iliaque. Avant eux, *Cloquet* (O — 68 et 151) en avait déposé deux pièces au musée Dupuytren. *Malgaigne* (O — 71 et 153) présentait à l'Académie des sciences en 1841 une double hernie inguinale sur le même sujet, à droite, le cæcum, l'appendice, la fin de l'iléon étaient en arrière du diverticule péritonéal entraîné après eux ; à gauche le sac n'existait qu'en avant, et l'S Iliaque était dans le tissu cellulaire. *Cabaret* (O — 92), publie l'année suivante un cas rare d'étranglement de l'appendice dans une hernie crurale sans sac, opéré avec succès et *Beaumetz* (O — 85), incise un abcès appendiculaire situé dans le tissu cellulaire d'une hernie scrotale ; l'autopsie prouve que l'organe était sous péritonéal. En 1842 un travail de *Tenain* (B — 78), rapporte que ces cas doivent être considérés comme normaux ; *Gosselin* dans son traité des hernies abdominales discute l'opinion de Scarpa ; *Duret*, dans sa thèse d'agrégation soutenue en 1883, « imbu de cette idée de plus en plus classique que le cæcum était en rapport directement avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque » (Hartmann (B — 36), cherche à concilier l'opinion classique et les travaux de Scarpa. D'autres observations sont encore rapportées par *Verneuil* (O — 145), *Richet* (O — 81)...

Mais, depuis 1849, les recherches anatomiques de *Bardeleben*, *Luschka* en Allemagne, puis en 1887 celles de *Trèves* (B — 85), en Angleterre, de *Tuffier* (B — 81), *Hartmann* (B — 36), enfin *Broca* (B — 14), *Legueu* (B — 48) en France, précisaient à nouveau le revêtement péritonéal du cæcum et de l'S Iliaque, et les thèses inspirées par eux, *Mérigot de Treigney* (B — 57), *Boiffin* (B — 11) etc... reproduisent en la confirmant la division de Scarpa. De nombreux travaux ont paru depuis lors, *Renault* (B — 70), traite des hernies par glissement chez l'enfant ; chez l'adulte, elles sont étudiées par *Desbordes* (B — 20), *de Mayo* (B — 56), *Mouton* (B — 60) etc...

Koch (B — 44), publie en Allemagne un travail sur le mode de développement des hernies du gros intestin ; *Anderson* (B — 4), rapporte trois cas de hernies sans sac au congrès de Londres en 1895 ; la question est discutée au congrès Américain en 1900 à propos de 8 cas de hernies par glissement présentés par *Weir* (B — 89). En France *Julliard*, *Jaboulay*, *Savariaud*, *Morestin*, relatent différents procédés opératoires. Entre temps paraissaient de nombreux mémoires sur les hernies de l'appendice, depuis ceux déjà anciens de *Klein* (B — 43), *Jackle* (B — 39), et enfin de *Briéger* (B — 13).

Parmi les derniers travaux parus, sont les mémoires de *G. Gross* (B — 35), de *Lévy* (B — 53) la thèse d'*Andrieu* (B — 5), celle de *Labadie Lagrave* (B — 45), inspirée par Berger, l'article de *Frolow* (B — 28). Nous citerons encore les articles de *Berger* (B — 8), de *Jaboulay* (B — 40) et de, *Rochard* (B — 71).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les rapports du péritoine du sac avec le gros intestin permettent de diviser les hernies par glissement, au point de vue anatomique, en trois variétés : hernies avec méso inséré sur le sac, hernies à sac incomplet, hernies sans sac.

Dans la première variété, le sac peut être dit complet, en ce sens que le doigt qui en fait le tour, ne rencontre aucune partie d'intestin ; mais il est arrêté par l'insertion du méso. Celui-ci relie l'intestin au sac ; il est formé par les deux feuillets péritonéaux qui, entourant complètement l'intestin, s'adossent sur un de ses bords, puis divergent à nouveau pour devenir péritoine pariétal. L'intestin, d'après la longueur de son mésentère, est plus ou moins mobile dans le sac ; il peut même rentrer dans l'abdomen, et plusieurs hernies qui présentèrent cette disposition étaient parfaitement réductibles, si bien qu'on n'aurait pu soupçonner clini-

quement la variété à laquelle on avait à faire. Dans l'obs. de Broca (O — 4) il est dit que « le sac est très spacieux... Le 1/3 supérieur de l'appendice, et le cæcum sont fixés par un méso assez long et large à la paroi postero externe du sac. » Au contraire il peut être court, maintenir solidement l'intestin, et s'opposer à la réduction du contenu du sac. Cerné (O — 106) ne peut réduire l'intestin grêle, parce « qu'une anse de gros intestin, est fixée près et au-dessous du collet par un méso, et barre la route ». La proportion de cette variété de hernies est impossible à établir, parce que les observations ne sont point toutes assez explicites sur ce sujet, ou bien la dénomination « méso » est appliquée aussi bien aux *hernies de la 2e variété.*

Dans celles-ci le sac est incomplet; l'intestin n'y flotte point librement; il fait hernie sur une de ses parois, tandis qu'une des faces du viscère est directement en rapport avec le tissu cellulaire de la région, face musculaire en contact avec le cordon, le testicule, dans les hernies inguinales, avec les vaisseaux fémoraux, dans les hernies crurales. L'intestin est sous-péritonéal, et la portion de la séreuse qui lui adhère répond à une plus ou moins grande partie de la circonférence du tube digestif suivant les cas, de telle sorte qu'on peut avoir pour une égale quantité d'intestin un sac volumineux, ou bien un tout petit diverticule péritonéal dans la hernie, toutes les transitions existant entre la 2e et la 3e variété. Dans notre 1° obs. (O — 157), il est facile de voir que le sac est fort spacieux, et que le colon est sous-péritonéal (Fig. 2). Au contraire, dans le cas de Czerny (O — 38) il est noté que le cæcum et l'appendice sont complètement extra péritonéaux, et qu'en haut seulement il existe un petit cul de sac séreux. Cette disposition, ainsi que celle qui constitue la 3e variété, est importante à connaître pour éviter la blessure du gros intestin; nous y reviendrons. Enfin, dans la même hernie on peut trouver l'intestin offrant la double disposition, à méso et extra-péritonéal. Témoin l'observation de Frœlich (O — 107); l'anse colique rencontrée à l'opération, a une

forme en fer à cheval, sa branche antérieure et interne est complètement revêtue de péritoine, et possède un méso; sa branche externe et postérieure en est dépourvue; le péritoine passe là sur l'intestin qui est sessile, en laissant libre sa paroi postérieure implantée dans le tissu cellulaire scrotal.

Des hernies à petit cul de sac péritonéal aux *hernies sans sac*, il n'y a qu'un pas, si bien que quelques observations sont étiquetées « sans sac » alors qu'elle indiquent un diverticule séreux engagé au collet. Les trois cas d'Anderson (O — 96, 97, 136) en sont une preuve. D'autre part il est possible qu'un diverticule ait échappé à l'opérateur. Deux observations cependant sont fort nettes sur l'absence de tout revêtement séreux : Austin (O — 36) arrive directement sur l'appendice, le cæcum et l'origine du colon ascendant; il n'y a pas trace de sac; il sectionne l'étranglement, et ne pouvant réduire, fait une hernio laparotomie, ouvre la cavité péritonéale, et peut vérifier ainsi l'absence de sac. Sernin (O — 73) put sur le cadavre, examiner de la même façon une hernie qui présentait cette disposition. Nous trouvons daus notre statistique 10 observations (8, 36, 45, 56, 73, 81, 82, 83, 92, 95) où il est noté qu'aucun diverticule séreux ne fut trouvé à l'opération, ou à l'autopsie. La portion d'intestin est alors dans le tissu cellulaire, sa paroi musculaire est entièrement découverte, et comme dit Chrétien (O — 83), « son aspect extérieur n'est pas celui d'une sèreuse».

Le segment d'intestin adhérent par glissement est important à déterminer au point de vue pathogénique. *Du côté gauche*, il est la plupart du temps impossible de connaître la portion de colon, lombaire, iliaque ou pelvien, à laquelle on a affaire; seul l'examen de la cavité abdominale, ou mieux l'étude des vaisseaux de l'anse herniée peuvent donner quelque indication. C'est ainsi que dans notre obs. 1 (O — 157) les vaisseaux coliques inférieurs et sigmoïdes, irrigaient le segment situé dans la hernie; le rectum était attiré en haut et en avant près du collet où lui arrivait l'hémorrhoïdale supérieure (Fig. 4) — hernie des colons lombaire,

iliaque et pelvien; — dans notre observation 2 (O — 158), le colon ilio-pelvien est dans la cavité abdominale, le colon lombaire aborde et dépasse le collet du sac — amorce de hernie du colon descendant. — Les pièces anatomiques (O — 148-158) sont intitulées hernies de l'S Iliaque sans autre renseignement. Ce n'est que par analogie avec le côté droit que le mécanisme des hernies gauches pourra être étudié. A droite il n'en est pas de même, et les indications sont assez nettes. *Le colon ascendant* peut être seul adhérent, ainsi dans l'observation de Weir (O — 32) ; « le cæcum et l'appendice sont libres dans le sac, et peuvent être facilement repoussés dans le ventre; par contre l'extrémité inférieure du colon ascendant est sous péritonéale, et solidement maintenue à la face postéro-externe du sac. » *Le cæcum* seul adhérent, est fréquemment rencontré; dans ce cas le colon ascendant ne fait point hernie et l'appendice, libre dans le sac, vient émerger de cette partie du sac qui contient le gros intestin : Estor (O — 40) incise par mégarde la paroi cæcale dépourvue de péritoine il la suture ; puis débride au lieu d'étranglement; ce qui ouvre un sac qui contient l'appendice et une anse grêle; l'appendice n'est point adhérent. — *Colon et cæcum* peuvent être tous deux adhérents par glissement ; c'est ce que montre la dissection d'une pièce de Ricard (O — 72) : « A l'ouverture du sac, on trouve une anse d'intestin grêle de 15 cent. dont un des bouts plongeait dans l'abdomen, et l'autre paraissait se perdre dans la paroi épaissie... ; cet épaississement était formé par le cæcum et l'extrémité inférieure du colon ascendant herniés. L'appendice était dans le sac. » Au delà du gros intestin, l'adhérence peut *se prolonger sur l'appendice :* sur la base seule, comme dans le cas de Poirier que nous rapportons (O — 33) ; en examinant la paroi postéro-externe du sac herniaire, on y trouve adhérents l'appendice et le cæcum; en effet la base de l'appendice et le cæcum sont extra péritonéaux; le péritoine recouvre seulement leur face antérieure; leur face postérieure prend contact avec le tissu cellulaire lache de la

fosse iliaque, seule la pointe de l'appendice est libre; ou bien sur tout l'organe: c'est à une telle disposition que Hulke eut à faire (O — 22) : « Le colon ascendant était uni au collet par un méso, et le cæcum avec l'appendice étaient au-dessous du sac, extra péritonéaux. » Malgaigne (O — 71) note même que la fin de *l'iléon* peut se trouver en arrière du diverticule péritonéal. Enfin la hernie peut être *constituée uniquement par l'appendice*. Celui-ci pouvant être uni par un méso au sac, comme le figure Demoulin (O — 93) et l'indique Morestin (O — 89); ou bien plonger en entier dans le tissu cellulaire des bourses. Il n'y a dans ce dernier cas aucun sac péritonéal; ainsi le cas rapporté à la Société anatomique par Bernard (O — 82) : « on ne trouve pas de sac herniaire; on tombe sur une petite masse blanche, arrondie, longitudinale, sur laquelle des tractions sont aussitôt opérées, et qui amène le cæcum. C'est l'appendice ». Dans l'observation de Dionis du Séjour (O — 84) la pointe de l'appendice était unie au sac par un méso, tandis que la base disparaissait sous le péritoine du sac, et se mettait en rapport avec les éléments du cordon.

En résumé nous trouvons que le glissement porte sur :

l'appendice seul.	dans	14	cas
l'appendice et le cæcum	—	22	—
l'appendice, le cæcum et le colon.	—	5	—
le cæcum seul	—	36	—
le cæcum et le colon	—	6	—
le colon seul	—	7	—
le gros intestin droit, sans indications	—	5	—

Soit, 95 cas de hernies du gros intestin droit. Nous rapportons d'autre part 64 hernies du gros intestin gauche, sans indication précise du segment hernié (colon, S. Iliaque).

Si l'on suit DANS L'ABDOMEN L'ANSE DE GROS INTESTIN, on constate, qu'elle se continue sur la fosse iliaque, et que là aussi elle n'est recouverte de séreuse que sur une partie de sa circonférence, ou du moins qu'un court méso l'unit au péritoine pariétal. C'est dire que la disposition dans la

hernie reproduit la disposition de l'anse intra abdominale. Guillet (O—70) ac onstaté sur le cadavre, que le colon ascendant n'est recouvert de péritoine qu'en avant, Sernin (O—73) a vu de même dans la fosse iliaque, le colon tout à fait en dehors du péritoine. C'est le cæcum qui est extrapéritonéal dans la fosse iliaque, dans les cas de hernie de l'appendice de Baumetz (O—85) Guibal et Rolland (O—88). Anderson l'a observé cliniquement dans deux cas de hernies de l'S iliaque, (O — 97 et 136). Nous représentons Fig. 2. l'intestin, tel que nous l'avons trouvé dans l'abdomen. Sur la Fig. 1, on aperçoit en outre la disposition anormale du péritoine du cæcum et de l'appendice; par leur moitié postérieure ces deux organes sont en rapport direct avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque, et la disposition se prolonge sur le colon ascendant.

Ayant déterminé la portion d'intestin hernié, nous pouvons donner le tableau DU COTÉ ET DE LA VARIÉTÉ DE HERNIE PAR GLISSEMENT :

Hernies du gros intestin droit :

Hernies inguinales droites.	85	cas
Hernies inguinales gauches.	4	—
Hernies crurales droites	6	—

Hernies du gros intestin gauche :

Hernies inguinales gauches	63	—
Hernies crurales gauches.	1	—

Quant aux *hernies de l'appendice seul* sur 14 cas, il en est 10 inguinales, et 4 crurales.

Toutes les hernies inguinales sont *obliques externes,* sauf deux cas (Berger O — 99, Anderson O — 96) où il s'agissait de hernies directes.

Chez trois malades, de Malgaigne (O — 71 et 153) de Lucas Championnière (O—28 et 117) et de Cerné (O—7 et 106) il y avait hernies par glissement *bilatérales.* Nous en rapprochons notre 1e observation ; du côté droit le cæcum était avec la base de l'appendice, sous péritonéale, dans la fosse iliaque

(Fig. 1). Si la hernie s'était produite de ce côté aussi, il y aurait eu hernie par glissement bilatérale.

Le contenu de la hernie peut être formé par des viscères, ou des parties du tube digestif, autres que le gros intestin adhérent par glissement. — D'abord *le gros intestin* lui-même peut remplir le sac et y flotter librement, alors qu'un tout petit segment y est seul adhérent : c'est ce qui se passe quand le colon est sous péritonéal au collet, alors que le cæcum et l'appendice sont dans le sac. complètement recouverts de péritoine. De même, à gauche ; Broca par exemple note dans une hernie volumineuse, (O — 104) que l'S Iliaque a attiré le colon descendant, lequel est au collet fixé par une adhérence charnue naturelle. — Puis *la terminaison de l'ileon*, est naturellement dans le sac, quand le cæcum est totalement hernié. — Mais dans le sac on peut encore trouver *une anse d'intestin grêle* non en continuité avec le gros intestin, le colon transerve, l'épiploon, etc.; et à cet égard, il y a deux variétés anatomiques de hernie bien différentes : celles où le gros intestin saillant dans l'étroite cavité du sac dont il repousse une des parois, arrive par lui même à effacer la lumière de ce sac, où par conséquent l'anse grêle, l'épiploon, qui peuvent y descendre ne sont qu'accessoires ; et celles, où une volumineuse hernie est constituée par un viscère quelconque libre dans une vaste cavité séreuse, et où affleure près du collet seulement, ou bien le dépasse de quelques centimètres, une anse souspéritonéale de gros intestin. On dirait un simple épaississement du péritoine à l'anneau ; mais en examinant attentivement, on s'aperçoit que c'est le gros intestin aplati, adhérent au sac. Il en est ainsi dans l'observation de Cerné (O—106) où la hernie descendait jusqu'au 1/3 inférieur de la cuisse ; elle était en entier constituée par l'intestin grêle, mais au collet, le colon venait adhérer par son méso. La figure 7 de notre 2e observation (O — 158) montre un cas absolument semblable. Il y a là une disposition analogue à celles que prend la vessie dans les hernies scrotales d'un certain volume ; en décollant le sac

au delà du pédicule, on l'amène à l'anneau, et on risque, si l'on n'y prend garde, de la prendre dans la ligature. Fait intéressant, nous trouvons précisément une amorce de *hernie sous péritonéale de la vessie* dans notre 2e observation. C'est elle qui dans la Fig. 6, vient faire bomber le péritoine du sac, entre le cæcum et le colon iliaque, comme nous l'a montré la dissection. Bœckel (O—76) Barker (O—98) signalent cette même disposition.

La situation et la position du gros intestin ont un intérêt pathogénique et thérapeutique. S'il n'y a pas de sac l'intestin flotte librement dans le tissu cellulaire, en contact avec les organes qui s'y trouvent, testicule, cordon, vaisseaux, à moins que des adhérences inflammatoires ne l'aient fixé immobile dans sa nouvelle position. — S'il y a un sac, il est dans la majorité des cas en avant et en dedans du gros intestin, lequel est fixé à sa paroi postéro externe. La chose se conçoit d'elle-même, puisque le colon descend de la fosse iliaque et aborde le bord postérieur et externe de l'anneau qu'il va franchir, alors que le péritoine antérieur et interne du sac est en continuité avec celui de la paroi abdominale antérieure (Fig. 1). Il n'en est pas toujours ainsi cependant, et dans quelques observations, c'est l'intestin qui apparaît d'abord, par sa face musculaire, extra-péritonéale à l'incision, tandis que le sac est en arrière de lui : Bœckel (O — 76) trouve le cæcum dans une hernie inguinale gauche mais sa face postérieure, devenue antérieure dans la hernie, n'est pas recouverte de péritoine, sur les 3/4 de la circonférence de l'intestin. Dans l'observation de Boussi, (O — 148) l'S. Iliaque tapisse la face antérieure, puis le fond de la hernie, enfin remonte sur la paroi postérieure. Scarpa avait déjà disséqué une hernie très volumineuse, où il trouvait « les viscères tellement contournés sur leur axe, que leur union avec le sac était devenue antérieure; de sorte que pour découvrir le sac herniaire, dit-il, je fus obligé de faire une nouvelle incision à la face interne de la tumeur. » Berger signale la même disposition. Cette *torsion de l'anse* est pro-

bablement due aux alternatives de réplétion et de vacuité de l'intestin, alors qu'elle est encore mobile avec le sac dans le tissu cellulaire lache qui l'entoure; à moins qu'on admette une adhérence secondaire de l'intestin au sac, prise par erreur pour une adhérence par glissement. C'est un point sur lequel nous reviendrons. Si le sac est tout petit, s'il ne s'agit que d'un diverticule péritonéal, il siège en avant de l'intestin; quelquefois en arrière, comme dans l'observation de Baumetz, (O—85); le plus souvent il est à l'anneau, au-dessus de l'intestin, dans la concavité de l'anse, son fond lui adhérant. C'est la disposition rencontrée par Anderson, dans ses trois cas de « hernies sans sac. » (O—96, 97, 136).

La torsion de l'intestin peut se faire non plus sur un axe longitudinal, comme nous venons de l'indiquer, mais bien sur un axe antéro-postérieur. C'est ce que Tuffier désigne sous le nom de *hernies par bascule*; il les a décrites au cæcum. Le fond du cæcum regarde en haut; il est libre dans un sac complet avec l'appendice; le colon ascendant est sur un plan inférieur, recouvert par la paroi postérieure du sac. Si on suit l'intestin depuis la fosse iliaque, on le voit donc descendre derrière et au-dessous du péritoine du sac, puis se couder, remonter vers le fond du sac, et se continuer avec le cæcum qui y flotte, complètement entouré de péritoine, tandis que l'iléon franchit le collet et se continue dans l'abdomen avec l'intestin grêle. « En cherchant les rapports du fond du sac, dit Tuffier (O—75), je trouve qu'il forme une rigole circulaire au centre de laquelle l'intestin parait plonger. En plaçant un autre doigt dans la vaginale (1), je sens nettement que l'intestin passe au-dessous du sac, pour faire saillie dans la vaginale, et remonter ensuite derrière le péritoine, et se continuer avec le colon ascendant. » Les observations de Jaboulay (O—62), Vignard (O—55) sont identiques. Il est d'autre part assez fréquent de trouver le cæcum hernié, couché transversalement et l'appendice plongeant par son

(1) Il y avait hydrocèle.

extrémité libre dans la cavité abdominale ; Obs. de Escher (O — 11), de Sernin (O — 73). Du côté gauche ces hernies à bascule sont difficiles à constater, étant donné la similitude des différents segments de l'intestin. Cependant la position des colons descendant et iliaque dans notre obs. 2 (Fig. 6 et 7) peut être comparée aux hernies du cæcum et du colon ascendant. Comme ce dernier, le colon descendant aborde la hernie ; au contraire le colon iliaque est relevé dans l'abdomen, il correspond au cæcum des hernies à bascule du côté droit. Si la hernie avait progressé, le colon descendant eût adhéré par glissement au fond du sac, alors qu'au-dessus de lui, le colon iliaque eût flotté librement dans sa cavité. Nous verrons en étudiant le mécanisme de ces hernies, qu'un fort ligament, sous tendu par l'artère mésentérique inférieure, était le pédicule sur lequel le mouvement de bascule s'était produit, et qu'il a joué ici le même rôle que les ligaments du cæcum dans les hernies par bascule du côté droit.

Enfin, comme *troisième anomalie de position* de l'intestin dans le sac, nous signalerons les cas où le pole inférieur de l'anse herniée, après avoir atteint le fond du sac, remonte sur la partie inférieure de sa paroi antérieure : nous le voyons sur la fig. 2 ; il détermine la formation d'un repli péritonéal. De même Campenon (O — 105) « reconnait dans son cas qu'il s'agit d'une énorme hernie par glissement en forme de fer à cheval, dont la partie inférieure n'est pas sous jacente au sac péritonéal, mais revient en grande partie en avant de lui ».

*
* *

Les COMPLICATIONS de ces hernies, au point de vue anatomique, sont assez nombreuses.

L'*Hydrocèle vaginale* est notée dans 7 observations ; dans les cas de Alglave (O — 1), de Berger (O — 3), de Le Dentu (O — 49), de Tuffier (O — 75), il s'agit d'une hydrocèle congénitale. Dans les 2 premières, le canal vagino-péritonéal est oblitéré en haut, en continuité avec le sac, ce qui donne un aspect

bilobé à la tumeur, avec un kyste inférieur, et une poche herniaire en haut; dans la 3e obs. la variété est rare; le cæcum avec un sac incomplet situé en dedans, était enkysté dans la vaginale, mais par ses 3/4 antérieurs seulement, car sa face postérieure était par le fait du glissement, en dehors de la séreuse, en rapport avec le tissu cellulaire des bourses; en résumé: hernie enkystée incomplète dans la vaginale, du cæcum avec adhérence charnue naturelle. Nous citerons encore l'observation de Demoulin (O —93); le chirurgien réséqua au ras du cæcum, affleurant l'orifice crural, une tumeur formée par un kyste sacculaire, dans lequel était enkysté, un sac contenant l'appendice: ce dernier était relié au sac par un méso, sur toute sa longueur.

L'inflammation chronique a souvent modifié l'aspect des parties; le sac est dur épaissi; l'intestin est adhérent au cordon, ce qui dans plusieurs cas a nécessité la castration (O — 111, 112, 114), et Escher (O — 11), en voulant libérer l'anse, sectionne par mégarde le déférent et l'artère spermatique. Les adhérences au tissu cellulaire rendent la dissection de l'intestin fort difficile; on a discuté pour savoir s'il existait entre celui ci et les parois de la hernie, un plan de clivage, qui permit de le détacher facilement; tout dépend des modifications inflammatoires qui ont pu se produire. Au début l'intestin ne peut que flotter librement dans le tissu cellulaire lache, sur lequel il vient de glisser, ce qui explique que nombre de hernies à sac incomplet furent réductibles, et qu'à l'intervention il suffit de refouler l'intestin à travers l'anneau avec son sac; quelquefois un lipome le précède (O — 19, 91 et 97). Plus tard l'anse commence à devenir immobile, la libération devient nécessaire; on cherche de bas en haut, et de haut en bas, le plan de clivage qui épargnera les vaisseaux, on le sépare avec le doigt ou les ciseaux. Dans les vieilles hernies le sac est fibreux, il faut sculpter dans les adhérences inflammatoires et la résection de l'intestin peut-être alors commandée par sa blessure involontaire. Dans le sac les brides fibreuses, et l'hypertrophie des appendices épiploïques de

l'S Iliaque tiennent à la même cause. Ils sont maintes fois énormes, adhérents entre eux et au sac, à l'épiploon qui y descend, « renflés en massue » (Terrier O — 127), atteignant le volume d'une noix, ajoutant à l'irréductibilité. Campenon (O — 105), décrit de véritables cloisons ; Schwartz (O — 145), les voit former un anneau inextensible dans lequel aurait pu s'engager et s'étrangler une anse intestinale grêle. A droite l'appendice vermiculaire sera atteint d'une même inflammation.

L'appendicite herniaire a été souvent étudiée depuis le mémoire de Jackle (B — 39) et *l'étranglement de l'appendice* est connu surtout depuis les trois observations de Pollosson (B — 65). Dans les hernies par glissement nous trouvons l'appendice contenu dans le sac, étranglé, dans le cas de Jalaguier (O—63) « il était énorme, présentait une striction un peu au-dessus de sa partie moyenne, où existait une eschare arrondie; au-dessous de celle-ci se trouvait une autre plaque de sphacèle » ; — siège d'appendicite, dans les observations de Gangolfe (O — 61), Pollosson (O — 64), — atteint d'inflammation chronique avec corps étranger, chez le malade de Jaboulay (O — 62). Il n'y a dans ces cas rien de spécial à la variété de hernie que nous étudions puisque l'appendice est dans le sac. Mais les mêmes complications peuvent atteindre un appendice avec adhérence charnue naturelle. L'observation de Cabaret (O — 92), est un cas probable d'étranglement de l'appendice dans le tissu cellulaire d'une hernie crurale : « il affectait la forme d'un intestin grêle très gonflé, ayant le volume de 2 pouces, d'une couleur rouge brune, et se terminant en pointe aigüe infiltrée de sang noirâtre. » L'observation de Keetley (O—95), paraît s'en rapprocher. Plus nombreux sont les cas d'appendicite extra-sacculaire : on incise alors un phlegmon des bourses un abcès, une collection pyo-stercorale, et on arrive sur l'organe altéré, baignant dans le pus, sa cavité pouvant communiquer avec celle de l'abcès. Telles sont les observations de Bérard (O—86), Guibal et Roland (O—88), Hévin (O—94). Pollosson (O — 65) ouvre un sac, contenant une anse grêle,

le cæcum et le colon adhérents par glissement ; il trouve l'appendice s'enfonçant dans une cavité suppurée extra-sacculaire ; il est presque sectionné. Escher (O—87), ne trouve plus l'appendice, mais il y a sur le cæcum un orifice arrondi qui s'ouvre dans une collection pyo stercorale ; en dedans est un petit sac vide. Chez le malade de Walther (O—92), la suppuration s'était propagée à une pachyvaginalite ; en dehors du cæcum petit cul de sac péritonéal avec de l'épiploon. Chez celui de Baumetz (O —85), la base de l'appendice était dans l'abdomen, intacte ; son corps et sa pointe dans le tissu cellulaire de la hernie, rempli de pus ; en arrière de l'appendice, petit cul de sac péritonéal avec anse grêle étranglée. Dans tous ces faits, il y a quelque chose d'analogue à ce que Monod et Vanverts ont décrit dans la fosse iliaque sous le nom de para-appendicite ; il y a para-appendicite herniaire due à la variété particulière de hernie. Plus difficile à interpréter est l'observation de Morestin (O — 89). Il avait incisé un phlegmon gangréneux du scrotum; la guérison survint avec formation spontanée d'une fistule appendiculaire ; la cure radicale montre un sac descendant jusqu'au testicule, dans lequel le reste de l'appendice long de 12 cent. est uni à la face postérieure de ce sac, et à la fosse iliaque par un court méso. La propagation de l'inflammation a pu se faire entre les deux feuillets ; le fait est possible : Wette (B — 90), cite des cas de lymphangite suppurée d'origine appendiculaire où les abcès sont échelonnés entre les deux feuillets du mésentère. Mais ce n'est pas ainsi que procède l'appendicite d'ordinaire, dit Legueu en commentant devant la Société de chirurgie l'observation de Morestin ; les perforations se font d'habitude sur le bord libre de l'appendice. Aussi Morestin pense qu'il y eut d'abord propagation au sac, puis au tissu cellulaire périphérique. C'est la forme phlegmoneuse des appendicites herniaires simples dont parle Lévy (B — 53). Nous signalerons encore le cas de Estienny (O—60) ; il y avait *typhlite et perityphlite*, l'appendice était sain et l'opération démontra l'absence de sac.

L'étranglement d'une hernie par glissement, les cas d'étranglement de l'appendice excepté, peut porter sur le gros intestin adhérent, ou sur une anse grêle contenue dans le sac. De cette dernière variété, sont les cas d'Alglave (O—57) de Brachi (O—58) Cappa (O—59), de Baumetz (O—85) de Verneuil (O—145). Jalaguier (O—63), après avoir débridé le sac qui contenait l'appendice étranglé et une anse grêle ecchymosée, baignant dans un liquide séro sanguinolent, trouve en libérant le sac, le cæcum adhérent à sa partie postéro externe ; il était aplati, vide, aurait pu être pris pour un sac épaissi, mais ne présentait aucune espèce d'étranglement.

L'étranglement portant sur le gros intestin, est plus fréquent. Nous en relevons 25 observations pour le cæcum et le colon, 13 observations pour l'S. Iliaque ; étranglements peu serrés, à symptômes peu nets pour la plupart, où l'obstruction par matières fécales, et les modifications inflammatoires rendent le diagnostic incertain ; Schwartz (O—144) note « un étranglement élastique peu serré ; » Périer (O—141) « un anneau assez large, serrant modérément le pédicule » ; à l'histoire du malade on trouve souvent plusieurs crises antérieures d'étranglement, des symptômes péritonéaux etc...

Nous relevons encore comme complications rares, deux cas *d'invagination* de l'iléon dans le cæcum hernié par glissesement (O—37 et 69) ; l'observation de Bennett est des plus nettes, et il fut impossible de réduire et la hernie, et l'anse invaginée : le chirurgien fit un anus et le malade mourut · il s'agissait d'une hernie étranglée.—Enfin un cas de Chauffard, (O—150) il y avait *cancer* de l'S. Iliaque.

*
* *

La disposition des vaisseaux de l'anse herniée nécessite une étude spéciale. Le colon les entraine avec lui, et suivant la variété anatomique de hernie ils occuperont un siège différent. S'il y a hernie à méso court c'est dans le méso que descendront les vaisseaux : Félizet (O — 13) dit que cæcum et

appendice sont fixés au sac, sur 5 cent. par un méso fort vasculaire. Arnaud (O—35) est obligé de lier les vaisseaux du méso colon pour réséquer l'anse herniée; ils atteignaient le volume d'une radiale dans l'observation de Gross (O—44.) Si la hernie est à sac incomplet c'est derrière la partie extra péritonéale de l'anse, qu'ils descendent; à la libération de celle-là, on les a souvent déchirés, tellement que l'hémorrhagie a pu nécessiter l'interruption de l'opération (O—107.) S'il y a une volumineuse anse intestinale herniée, voici ce qu'on trouve : les vaisseaux cheminent derrière le péritoine du sac, dans la portion intermédiaire aux deux segments de l'anse, et leurs branches divergent en éventail vers ces deux segments. Savariaud (O — 156) Mauclaire (O—154) les ont disséqués. Dans notre observation 1 (O—157) nous les avons suivis jusqu'à l'aorte; on peut se rendre compte de leur trajet et des déformations qu'ils présentent en examinant les fig. 4 et 5, de l'observation 1 et la fig. 8 de l'observation 2 : Entre les deux anses ils sous-tendent les brides fibreuses, que divers auteurs ont signalées, comme nous l'avons rapporté. *Dans l'abdomen*, ils soulèvent le péritoine pariétal postérieur et se forment des mésos saillants limitant des fossettes, 1 de la fig. 3 répond ainsi à l'artère mésentérique inférieure visible sur la fig. 4. Cette artère est tendue entre l'S Iliaque hernié qui la tire, et l'aorte qui la retient, et forme corde dans la fosse iliaque depuis le collet jusqu'à la colonne vertébrale. Les déviations de l'aorte sont fort nettes dans nos deux observations; le vaisseau forme une courbe à convexité répondant à l'insertion de l'artère du segment hernié : fig. 5, artère mésentérique inférieure et hernie de l'S. Iliaque; fig. 8, artère mésentérique supérieure et hernie de l'intestin grêle. Il en résulte un abaissement général de l'aorte, comme le montre le point où se fait la bifurcation du vaisseau, face antérieure de la 5e lombaire, au lieu de la 4e, et une déformation avec coudures des vaisseaux iliaques, coudure nette sur l'iliaque primitive gauche de la fig. 8. D'autres vaisseaux sont déplacés, ainsi ceux du colon descendant (fig. 4); nous apercevons le trajet sinueux

de l'artère colique gauche supérieure; son origine a été tirée par la mésentérique inférieure, sa terminaison par le colon descendant; la portion moyenne est restée en place. L'artère du colon transverse est attirée à gauche avec l'intestin. La veine mésentérique inférieure est tendue, comme l'artère; elle ne forme qu'une crosse à peine appréciable; l'arc vasculaire de Treitz n'existe plus. Les vaisseaux du cordon adhérant à l'intestin ont subi la même traction et l'artère rénale gauche accessoire, ainsi que la veine sont déformées. Le *Péritoine* de toute la paroi abdominale postérieure présente des plis — nous parlons maintenant de plis non vasculaires — qui convergent vers l'orifice inguinal; dans l'observation 2, nous les avons trouvés jusque dans les fosses iliaque et lombaire du côté droit; ils sont nettement représentés dans les fig. 1, 2, 3, 5, et 7. Tout le péritoine paraît attiré vers l'anneau herniaire, par la distension du sac, et la traction de l'intestin.

Dans nos deux observations LE REIN du côté de la hernie était abaissé. Cet abaissement était visible à l'ouverture de la cavité abdominale, alors que l'intestin grêle avait été soulevé, de sorte qu'il ne peut s'agir d'un déplacement provoqué par des manipulations intempestives. On le voyait soulever par son pôle inférieur, le péritoine de la fosse iliaque, comme nous le montrent les fig. 1 et 7. Les rapports avec le squelette ont été précisés après dissection, ainsi que ceux des vaisseaux qui étaient injectés (fig. 5 et 8). Dans les deux cas, le pôle inférieur dépassait la crête iliaque. L'abaissement est de 5 cent. Du côté droit, le rein était en place, fait important. Nous reviendrons plus loin sur les déformations vasculaires et la ptose du rein.

PATHOGÉNIE

Voilà les faits, tels qu'ils résultent de l'étude des observations; il s'agit de les interpréter.

Nous commencerons par exposer les différentes classifica-

tions et théories invoquées jusqu'à présent; nous laisserons de côté toutes celles qui regardent le cæcum comme normalement dépourvu de péritoine, disposition qui n'est plus admise aujourd'hui.

Scarpa distingue deux variétés de hernies : *Les hernies acquises*, dues « à la laxité contre nature du repli du péritoine qui fixe le cæcum, coïncidant avec l'affaiblissement de l'aponévrose de l'oblique externe du côté droit... Des matières fécales dures, accumulées en grande quantité dans le cæcum, pourraient encore augmenter cette tendance au déplacement ». Quelquefois aussi la hernie du cæcum est consécutive à celle de l'extrémité de l'iléon, « qui étant descendue la première dans le scrotum aurait entraîné successivement après elle le cæcum avec son appendice, le commencement du colon, et les replis membraneux qui forment les attaches de ces intestins ». Suivant l'importance du segment hernié, on aura les trois degrés : Hernie du fond du cæcum et de l'appendice libres dans le sac, hernie de la base du cæcum et du commencement du colon ascendant reliés au collet par un méso, hernie plus prononcée du colon, avec adhérence charnue naturelle. La *hernie congénitale* du cæcum est « déterminée par une adhérence que le testicule avait contractée avec cet intestin, avant sa descente dans le scrotum », ce que prouvent les pièces où l'on a trouvé « un ligament membraneux, qui s'attachait d'une part au testicule droit, près de l'insertion des vaisseaux spermatiques, et de l'autre au cæcum, à l'extrémité de l'iléon et au petit mésentère de l'appendice vermiforme. »

Duret admet *deux modes de locomotion* : Tantôt le cæcum « glisse dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, sous la séreuse péritonéale qu'il entraîne incomplètement » ; on trouve alors en avant du cæcum un sac infundibuliforme, « tantôt c'est cette membrane qui se déplace au-devant de lui, et la partie herniée occupe la cavité d'un sac véritable et complet » ; dans ce cas le gros intestin est dans un sac séreux qui parait l'entourer de tous côtés, et l'on aura les 3 degrés de Scarpa.

Tuffier décrit des *hernies congénitales* et des hernies acquises. Les premières sont de deux sortes; dépourvues de sac : le cæcum et l'appendice ont « oublié » de se recouvrir de péritoine, l'intestin glisse dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, et descend dans un des anneaux naturels, d'où il émergera sans intéresser la séreuse — malformation exceptionnelle; — avec sac complet : ici l'appareil ligamenteux est mal conformé, il fait défaut, ou bien les ligaments sont trop longs; le cæcum refoule le péritoine, et provoque l'apparition d'un sac. *Les hernies de l'adulte* sont dues à l'allongement des ligaments: d'où sac complet, 1° degré de Scarpa; ou à la désinsertion des ligaments, hernie du cæcum à sac complet avec adhérence charnue naturelle du colon ; enfin il peut y avoir hernie sous-péritonéale du colon par dépouillement de son revêtement séreux, le cæcum adhérent à son péritoine restant contenu dans un sac complet. Tuffier décrit enfin *les hernies par bascule;* le colon descend le premier par affaiblissement du ligament supérieur (pariéto colique, rétrocolique), le ligament inférieur (mésentérico cæcal) retient le cæcum qui s'engage avec le colon par sa face droite, tandis que son fond avec l'appendice se relève ; ou bien si le ligament supérieur résiste, le colon dans la partie qui lui est susjacente se dépouille de son enveloppe séreuse, descend puis s'engage par sa face musculaire à l'anneau, en entrainant secondairement le cæcum avec son enveloppe péritonéale qui lui adhère. — Il conclut : « Les hernies primitivement dépourvues de sac sont des hernies coliques contenant secondairement le cæcum recouvert de son péritoine. »

Jaboulay admet une variété de *hernie par bascule* ainsi produite. « Lorsque le cæcum est fortement distendu par des matières fécales, son ligament supérieur l'empêche de se dilater par sa partie inférieure ; il se dilate par sa partie postérieure, qui tend à se porter en haut et en dedans. Le ligament inférieur entre alors en jeu et limite ce mouvement de bascule; mais ce ligament est beaucoup moins résistant que

le ligament supérieur, car il n'est formé que par le double feuillet péritonéal qui constitue le mésentère. Aussi sous l'influence d'une distention cæcale prononcée, il se laisse allonger et cède à la fin, pendant que l'autre ligament a résisté. Alors le cæcum obéit au mouvement de bascule qui est imprimé par le ligament supérieur sans contrepoids, il s'énuclée de sa coque séreuse, arrive entre les deux feuillets du méso-cæcum, puis dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque. Son mouvement de bascule est à ce moment terminé, et il présente à l'orifice interne du canal inguinal, sa face droite et postérieure dépourvue de péritoine ; celui-ci n'existe plus que sur le fond et la face antérieure. En continuant son mouvement de descente, le cæcum entraine le péritoine, et il peut devenir irréductible. »

Broca décrit les hernies adhérentes du gros intestin comme consécutives au segment non adhérent de l'intestin (intestin grêle ou S. Iliaque). Comme l'a montré Mérigot de Treigny, c'est après l'iléon, la dernière portion de l'intestin grêle à droite, l'S. Iliaque à gauche, qui sont les plus proches des anneaux herniaires et les plus abaissables. Il se produit donc en premier lieu une hernie de ces portions d'intestin ; et à droite l'iléon tire sur le cæcum qu'il entraine, puis sur le colon avec son adhérence charnue naturelle ; à gauche c'est l'S. Iliaque qui tire sur le colon descendant, lui aussi avec son adhérence charnue naturelle. L'iléon est réductible ; on ne le trouve plus quand on ouvre le sac, et *la hernie par bascule* est tout simplement due au retour de l'intestin grêle dans le ventre avec le fond du cæcum, tandis que sa base et le colon descendant fixés au sac, restent dans la hernie.

Berger expose ainsi le mécanisme du glissement : certaines hernies en augmentant de volume attirent le péritoine voisin de l'orifice herniaire ; « il arrive de la sorte que les points du péritoine qui correspondent à l'insertion du méso-cæcum ou du méso-colon iliaque sont peu à peu entrainés dans la hernie, et avec eux des replis péritonéaux eux-mêmes, enfin les viscères auxquels ils donnent attache. »

Morestin divise en deux variétés les hernies du colon iliaque : *hernies primitives*, par ptose du colon iliaque ; les deux feuillets de son méso tendent à s'écarter, à se séparer de l'intestin dans toute l'étendue où la tunique séreuse est décollable ; le sac n'est dû qu'au retournement du méso, et si on tire l'intestin par l'abdomen, on voit le méso se reformer aux dépens du sac ; *hernies secondaires*, par agrandissement du sac d'une hernie de l'intestin grêle aux dépens du péritoine de la fosse iliaque qui entraîne le colon.

*
* *

Nous croyons qu'il est nécessaire, pour l'étude des hernies avec adhérence charnue naturelle du gros intestin, de diviser la question, et de considérer successivement et non simultanément — ce qui a rendu quelques descriptions obscures — deux choses bien différentes : la disposition normale ou anormale du péritoine qui recouvre l'anse herniée, le mécanisme du glissement.

Disposition du péritoine. Nous avons divisé au point de vue anatomique les hernies par glissement en trois variétés, avec méso inséré sur le sac, avec sac incomplet, sans sac — nous ne parlons pas de la variété commune de hernie du gros intestin à sac complet, comme toutes les hernies du grêle ; — et nous avons montré, quels étaient les segments d'intestin sur lesquels portait l'adhérence naturelle. Or en examinant la disposition du péritoine par rapport au segment hernié, on peut *diviser les hernies en deux classes*, celles où l'adhérence porte sur un segment qui, en place dans l'abdomen, en est normalement pourvue, et celles où la disposition rencontrée dans la hernie, ne rappelle point celle qu'on est habitué de rencontrer sur le sujet bien conformé. Par exemple : les hernies par glissement du colon rentrent dans la première variété ; la disposition y est normale ; tandis que les hernies par glissement de l'appendice appartiennent à la seconde, la disposition y est anormale : Nous supposons le segment d'in-

testin transporté avec son péritoine dans la hernie, et nous trouvons que sa couverture séreuse est ou normalement ou anormalement conformée.

Sans refaire l'anatomie des colons droit et gauche il est intéressant de rappeler la disposition normale de leur péritoine. Voici ce que donnent à ce sujet les différentes statistiques.

Le colon ascendant chez l'adulte d'après Leshafft, Toldt etc.. , adhère à la paroi abdominale ; il est extra péritonéal par son 1/3 postérieur, la séreuse, recouvrant les 2/3 antérieurs de sa circonférence. Dans 26 0/0 des cas d'après Trèves (B — 85), 30 0/0 d'après Fromont, (B — 29) il y a un méso colon plus ou moins long. Chez le nouveau né, il serait complètement entouré de péritoine et mobile, d'après Luschka ; mobile dans sa partie inférieure seulement d'après Toldt. Legueu (B — 48) donne les chiffres suivants : partie supérieure fixe, moitié inférieure mobile, 50 0/0 ; complètement mobile sur un méso 40 0/0 ; complètement fixe, 5 0/0. (Examen de cadavres de nouveaux-nés).

Le cæcum peut être divisé en deux portions, la base suspendue à la fosse iliaque par deux ligaments, l'un pariéto cæcal, ligament supérieur et externe ; l'autre mésentérico pariétal, ligament inférieur et interne — le fond, complètement entouré de péritoine Trèves sur 100 cadavres a trouvé le cæcum complètement libre dans tous les cas. Tuffier (B — 81) sur 120 sujets a trouvé son 1/3 supérieur et postérieur, 9 fois adhérent ; chez tous les autres il était complètement libre. Dans les 9 cas adhérents il s'agissait d'adultes et de vieillards. Legueu sur 100 enfants trouve 6 fois le cæcum adhérent. Pérignon (B — 63) a toujours trouvé le cæcum libre chez le nouveau-né et l'enfant ; au contraire sur 50 adultes, il l'a trouvé 7 fois adhérent.

Quant à *l'appendice*, voici ce que dit Pérignon à ce sujet : « Il est rare chez l'adulte de trouver le meso appendice libre jusqu'à son insertion à la face postérieure du mésentère. Le plus souvent il est soudé à la paroi postérieure sur une

étendue plus ou moins grande à partir de son insertion supérieure. Il en résulte qu'il parait naitre de la paroi. Dans quelques cas même la soudure s'étend jusqu'à l'appendice, et celui-ci est directement fixé par sa face postérieure à la paroi de la fosse iliaque ; il n'y a plus de méso-appendice. Fergusson a trouvé fréquemment cette disposition, puisque sur 200 fois, l'appendice était complètement fixé 77 fois.»

Le colon gauche est divisé en trois portions, lombaire, iliaque et pelvien. Le 1er a un méso colon dans 36 0/0 des cas suivant Trèves ; 1 fois sur 20, d'après l'examen de 300 cadavres par Toldt. Le colon iliaque est le plus souvent (90 0/0) soudé à la fosse iliaque chez l'adulte, (dans 10 0/0 des cas il a un court méso); chez l'enfant au contraire, le colon iliaque est libre et mobile, et possède un méso assez haut (Jonnesco, B — 41). Le colon pelvien est le plus souvent, chez l'enfant, muni d'un long méso flottant, et Bourcart (B — 12) a pu décrire sur 150 cadavres examinés, les positions ascendante, transversale et descendante qu'il occupe. Chez l'adulte, le méso est plus court ; à partir de 50 ans dit Moyniham (B—61), la fossette intersigmoïde tend à disparaître, et l'on peut trouver le colon pelvien, dans 30 0/0 des cas accollé à la paroi du bassin. D'après les cadavres qu'il a examinés Pierre Duval (B — 23) conclut « le colon terminal tend à s'accoller sur toute sa longueur, le colon pelvien tend à voir disparaître son méso, et partant sa mobilité ; le processus d'accollement tend à l'envahir, comme les portions plus hautes de l'anse colique terminale. »

Enfin *l'iléon* peut être lui-même accollé : J.-L. Faure (B — 24) et récemment Alglave (B — 3) en ont figuré des cas, on peut en rapprocher la hernie observée par Malgaigne (O — 71).

Il résulte de ces observations, que, aussi bien du côté droit que du côté gauche, l'intestin est d'autant moins mobile qu'on l'examine à un âge plus avancé ; que l'accollement de la face postérieure du gros intestin avec le péritoine pariétal tend à se faire de plus en plus bas ; que l'adhérence pro-

gresse du colon ascendant au cæcum, du colon descendant aux colons lombaire et pelvien : chez l'enfant, les segments de l'intestin en rapport avec les anneaux herniaires, sont plus libres, chez le vieillard ils sont plus adhérents.

Or des 159 hernies par glissement que nous rapportons plus loin, parmi celles où l'âge est indiqué, on trouve :

Jusqu'à 9 ans.....	12 cas
de 10 à 19 —	4 —
— 20 — 29 —	7 —
— 30 — 39 —	16 —
— 40 — 49 —	32 —
— 50 — 59 —	33 —
Après 60 ans.....	27 —

Si l'on met de côté les hernies de l'enfance, sur lesquelles nous reviendrons, on voit une progression nette de la fréquence des hernies par glissement avec l'âge, ce qui coïncide avec l'accollement naturel et progressif du gros intestin. Si le gros intestin est hernié chez des sujets jeunes, il y aura hernie à sac complet, hernie banale, car la longueur du méso permet la descente de l'anse, sans que les attaches pariétales de ce méso soient intéressées ; au contraire, s'agit-il d'un vieillard, la portion du gros intestin qui va se hernier, ne le peut qu'en entrainant avec elle son péritoine auquel elle adhère dans le ventre, auquel elle va adhérer dans la hernie. On peut donc conclure que *dans une grande partie des observations la disposition du péritoine de la hernie par glissement est normale*, qu'elle ne fait que reproduire la disposition qui doit exister dans l'abdomen.

Mais quand à droite, l'adhérence descend jusqu'au fond du cæcum, jusqu'à l'appendice, et surtout lorsqu'on trouve cette variété de hernie à petit diverticule péritonéal situé en avant en dedans et au dessus du cæcum, alors que tout le reste du cæcum et l'appendice en entier flottent librement dans le tissu cellulaire extra sacculaire ; et à gauche, dans ces hernies dites sans sac, on ne peut plus parler de disposition normale : il faut trouver une explication à ce défaut

de couverture séreuse. Tuffier pense que dans certaines variétés de hernies il peut y avoir décollement du péritoine du gros intestin. La séreuse lâchement unie à la tunique musculaire se détache peu à peu par les alternatives de réplétion et de distension de l'anse ; celle-ci s'énuclée, *se dépouille de son revêtement péritonéal.* C'est ce que nous avons exposé plus haut, en citant sa théorie de hernie par bascule. Il y aurait ainsi dans la situation anormale de l'intestin extrapéritonéal *une disposition acquise.* Mais il ne peut s'agir que du colon ascendant, et Tuffier note que le cæcum et l'appendice ne peuvent se dépouiller de leur revêtement péritonéal, qui adhère à la tunique musculaire.

La même explication est plausible pour certaines hernies de l'S Iliaque ; et Morestin observe l'écartement des deux feuillets du méso colon iliaque dans les mouvements de réplétion et de vacuité de l'intestin. « Une faible traction suffit à séparer complètement les deux lames l'une de l'autre, dit il ; une traction exercée sur le péritoine de la fosse iliaque au dessous de l'insertion du colon tend à abaisser celui-ci et à déplisser le méso, la lame supérieure résistant davantage et gardant les vaisseaux à sa face profonde. » Savariaud admet également que le sac est formé par le méso retourné en doigt de gant.

Pour le cæcum et l'appendice, l'explication ne vaut plus. Il faut admettre *un excès de soudure,* des péritoines viscéral et pariétal. L'excès de soudure peut-être *congénital*, il y a accollement exagéré de l'anse, anomalie d'évolution, anomalie par excès, opposées aux anomalies régressives, par défaut. Ainsi pour l'observation de Félizet (O — 13) : « sac très mince ; sur sa partie postérieure est couché l'appendice iléo-cæcal, dont on voit 5 cent. qui lui sont fixés par un méso fort et vasculaire, et ne laissant libre que le cinquième inférieur : l'extrémité de l'appendice est renflée en ampoule. »

Il s'agit bien dans ce cas d'une adhérence charnue naturelle, sillonnée de vaisseaux nourriciers, il n'y a pas eu trace d'inflammation ; l'opéré avait 5 ans et demi. Les observations

de Coley (O — 8) où il n'y avait aucun sac, dans une hernie du cæcum chez un enfant de 4 ans ; celles de Broca (O — 4 et 5) chez des garçons de moins de 2 ans s'interprètent de la même façon. Toutes les hernies du cæcum et de l'appendice sans sac ou à petit diverticule péritonéal de l'adulte, peuvent être dues elles aussi à un excès de soudure datant de la naissance ; la hernie ne s'est produite que plus tard : c'est une hernie acquise quant au mécanisme, seule sa disposition est congénitale.

Mais ici se pose la question de savoir si les accollements péritonéaux, ne sont point dus à une inflammation légère, s'il ne s'agit pas d'une *soudure acquise*. Auquel cas la hernie sans sac ne serait en aucune façon congénitale, elle serait acquise, et par la manière dont elle est survenue, et par la disposition de son péritoine. Quénu et Heitz Boyer (B — 68) ont insisté récemment sur cette division en *coalescences anatomiques et pathologiques*. En étudiant les rapports du péritoine et du cæcum, ils citent les descriptions très nombreuses et variées des moyens de fixité de ce segment du gros intestin. Les ligaments diffèrent avec chaque auteur, on ne peut en trouver un type normal : « Nous allons plus loin ; nous leur refusons une entité anatomique ; tous ces soi-disant ligaments ne sont que des degrés, des accidents de la coalescence, se faisant plus ou moins, du péritoine pariétal avec le péritoine rétrocæco-colique. Et c est pourquoi, dans le cours de notre description, nous ne les avons désignés que sous le nom d'adhérences, adhérences ou linéaires, ou en nappe etc... Mais il est d'autres coalescences ; celles qui peuvent être appelées pathologiques, et qui succèdent à toutes les causes possibles d'adhérences péritonitiques... Dans ce qu'on a décrit comme la disposition normale nous croyons que la part qui revient à ces coalescences pathologiques, inflammatoires, est grande : un cæcum qui n'a pas de péritoine derrière lui n'est peut-être qu'un cæcum enflammé autrefois, au voisinage d une appendicite, et qui est devenu rétropéritonéal, du fait des adhé-

rences formées entre sa face postérieure et le péritoine pariétal. Le départ à faire entre ces deux variétés (coalescences pathologiques et anatomiques) n'est pas facile sur un sujet adulte ou sénile, et en particulier dans cette région cæco appendiculaire où, est-il utile de le rappeler, sont si fréquentes les poussées inflammatoires. » Déjà Pérignon, ayant trouvé 7 fois le cæcum adhérent chez l'adulte, alors qu'il le voit toujours libre chez le nouveau-né, s'exprimait ainsi : « nous pensons qu'il s'agit là d'adhérences secondaires ; les matières fécales stagnent dans le cæcum, qui peut être irrité chroniquement, s'enflammer et adhérer à la paroi postérieure par péritonite localisée. La constipation habituelle suffirait à amener ce résultat. » L'accollement des colons iliopelvien que Moynihan trouve si fréquent à partir de 50 ans, n'est peut-être dû qu'à un travail inflammatoire, suite de colite chronique. Dans notre observation 1, la disposition sous péritonéale du cæcum et de la base de l'appendice, que montre la Fig. 1, rentre probablement dans la classe des « coalescences pathologiques ». En effet, la cavité péritonéale contenait une certaine quantité de liquide séropurulent témoin d'une inflammation péritonéale antérieure. Mais rien ne pouvait indiquer l'endroit où finissait le fascia d'accollement embryologique, et commençait la coalescence inflammatoire.

Si dans ces conditions pathologiques une hernie par glissement se produit, il y aura comme dans les cas d'excès d'accollement anatomique et congénital, hernie par glissement d'un segment de l'intestin, qui normalement devrait donner une hernie à sac complet.

Mais il y a plus : On peut se demander en examinant les observations publiées, *si dans certain cas l'accollement ne s'est pas produit dans la hernie elle même ;* s'il n'y aurait point eu d'abord hernie à sac complet du gros intestin, adhérant secondairement, non par le fait d'une péritonite herniaire laissant un sac épaissi, dur, une gangue scléreuse, nettement inflammatoire, mais par suite d'une inflammation légère et

continue. Les adhérences inflammatoires dans les hernies sont bien connues ; les processus dont nous parlons sont tout autres ; ils ne laissent point de trace différente des fascias embryologiques. Voici comment se ferait la progression : Hernie à sac complet du gros intestin ; près du collet seulement, adhérence charnue naturelle. Colite ; propagation de l'inflammation au méso et du méso au sac ; l'accollement se fait, il progresse de haut en bas du collet vers le sommet libre dans le sac, de l'anse intestinale. C'est un point d'abord, une ligne, comme pour les « soi disant ligaments du cæcum », une surface ; bientôt toute la circonférence de l'intestin entre en contact avec le sac. Le sac complet est devenu incomplet ; puis ce n'est plus qu'un petit cul de sac péritonéal ; enfin la séreuse a disparu : l'intestin flotte librement dans le tissu cellulaire de la hernie.

Gangolfe (O — 61) a essayé de distinguer les adhérences pathologiques des adhérences charnues naturelles : « Le cæcum et l'appendice, placés en apparence dans les parois du sac devaient avoir été primitivement libres à son intérieur. Mais tout à fait en haut et en dehors, le caractère des adhérences des parois scrotales avec l'intestin, nous permettait de supposer que le colon était descendu secondairement, et s'était dépouillé en partie de sa séreuse, pour satisfaire à la distention du sac, dès lors incomplet. »

Il est difficile de distinguer ce qui revient à l'adhérence charnue naturelle, et ce qui est dû à l'accollement inflammatoire, mais on conçoit que, sur un intestin déjà en partie uni au sac par une adhérence par glissement, *atteint de troubles vasculaires*, comme nous le verrons plus loin, où la circulation des matières se fait mal, l'accollement progresse de l'adhérence charnue naturelle vers la partie primitivement libre de l'anse herniée, si bien que la séreuse *parait* avoir toujours manqué sur toute cette étendue.

Il est certaines hernies où le processus d'accollement pathologique intra sacculaire a dû se faire. Ainsi les hernies dites par glissement du cæcum dans la région inguinale gauche,

dont nous donnons plus loin les observations (O — 76 à 79). Il est difficile de concevoir que le péritoine de la fosse iliaque droite passe par dessus la colonne vertébrale, par dessus la cavité pelvienne, pour venir glisser dans le sac herniaire du côté gauche. Pour que le cæcum se hernie à gauche, ses ligaments sont nécessairement fort longs, ou s'allongent ; mécanisme opposé à celui du glissement. Comment expliquer l'adhérence par glissement sur *la face antérieure du sac* dans le cas de Bœckel, et l'*absence de sac* dans celui de Steiger ; comment expliquer pour celui-ci le glissement sous péritonéal du cæcum de droite à gauche en passant par le bassin. Il est bien plus probable que les coalescences sont ici d'origine pathologique. De même dans quelques observations d'appendices extra sacculaires, surtout quand ils sont atteints d'inflammation, on peut admettre la situation comme secondaire, le sac ayant disparu par accollement.

*
* *

Mécanisme de la hernie. — Il faut distinguer les hernies acquises, et les hernies congénitales.

Les hernies acquises peuvent être primitives ou secondaires ; primitives, si le segment adhérent sort le premier par l'anneau herniaire, secondaires, s'il y est entraîné à la suite d'une portion libre de l'intestin ou par traction du péritoine. Il y a là, analogie absolue avec les hernies de la vessie : Cet organe étant normalement recouvert de péritoine sur ses faces postéro-latérales seules, peut être comparé aux segments adhérents du gros intestin. Berger classe ainsi les diverses variétés de ces hernies : Hernies primitives, si la vessie s'engage la première dans le trajet herniaire, par sa paroi antérieure, dépourvue de péritoine ; quand le déplacement s'accentue davantage, les portions de la vessie que recouvre le péritoine se laissent entrainer à leur tour ; de là la formation d'un sac péritonéal contigu à la hernie vésicale. Hernies consécutives, d'abord constituées par une

hernie inguinale ordinaire, la locomotion du péritoine qui prend part à la formation du sac y entraine la paroi vésicale. D'autrefois la vessie flasque et relachée peut s'engager par son sommet dans l'orifice du sac herniaire, comme le ferait tout autre viscère...

La hernie primitive par glissement du gros intestin ne peut se produire que si l'intestin est lâchement uni au tissu cellulaire sur lequel il repose ; les alternatives de réplétion et de vacuité écartent peu à peu les deux feuillets du méso, qui se déplisse et se retourne, suivant la manière indiquée par Tuffier pour les hernies primitives du colon ascendant, par Morestin et Savariaud, pour les hernies du colon ilio pelvien. Anderson pense que l'S Iliaque, se promène dans certains cas librement dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, et apparait alors par sa face extra péritonéale à l'anneau ; un lipome adhérent à l'intestin peut l'y précéder, comme l'admettent Monod et Delagenière pour quelques hernies extra péritonéales de la vessie. Nous en avons trouvé la mention dans plusieurs des observations rapportées plus loin. Dans tous ces cas la hernie est primitivement à sac incomplet.

La hernie secondaire par traction d'une anse intestinale voisine, est fréquente à droite où le segment d'intestin qui répond à l'anneau est à l'état normal complètement entouré de péritoine, (cæcum et iléon), plus rare à gauche où l'S Iliaque est généralement adhérent. Le type de ces hernies est celles où l'on trouve dans le sac le cæcum libre, et au collet le colon adhérent. Il y a d'abord hernie du cæcum à sac complet, secondairement hernie du colon, qui entraine avec lui le péritoine pariétal auquel il adhère : si les ligaments du cæcum s'allongent, la hernie reste à sac complet, mais s'ils se désinsèrent, leur insertion descend par l'anneau et vient faire partie du sac. C'est aussi la fin de l'iléon, suivant Scarpa, Broca, qui peut être la première herniée, qui tire sur le cæcum lequel tire sur le colon. A gauche le colon pelvien et l'S Iliaque, qui ont chez le nouveau-né un long méso. formeront d'abord le contenu d'une hernie à sac complet, puis

si la hernie s'accroit, le colon descendant va suivre avec son adhérence.

La hernie secondaire par traction du péritoine est tout autre. Il y a dans ce cas hernie banale d'un segment quelconque de l'intestin grêle ; le sac s'accroit par distention, et par absorption du péritoine qui entoure l'anneau : en avant, péritoine pariétal antérieur, en arrière péritoine de la fosse iliaque. Si le cæcum, l'S illiaque sont accollés à la fosse iliaque, le péritoine attiré par la hernie les entrainera avec lui, ils finiront par faire partie du sac et on les verra apparaître au collet, puis descendre peu à peu avec le péritoine herniaire. Ce processus est des plus net dans notre 2° observation ; on peut voir sur les fig. 6 et 7 l'amorce de hernie du colon descendant, venant compliquer une volumineuse hernie du grêle. Les cas que nous avons signalés à l'anatomie pathologique rentrent dans cette variété. C'est le mécanisme invoqué par Berger. Nous l'avons encore rencontré dans le cas de Poirier (O — 33) : il suffisait de tirer sur le sac, pour amener dans la plaie le cæcum et l'appendice qui lui adhéraient. Mais, ici, la hernie est congénitale, comme nous le verrons plus loin.

Dans toutes ces hernies acquises l'intestin ne descend que si ses moyens de fixité, péritoine ou ligaments se désinsèrent. Ces ligaments sont fort inconstants, et varient dans leur aspect et leur consistance ; à gauche ceux décrits sous les noms de colo-iliaque, infundibulo colique, mésentérico méso colique, ne seraient que le résultat de « coalescences du péritoine du méso-sigmoïde, avec le péritoine de la fosse iliaque » (Jonnesco) ; peut être, coalescences pathologiques dont nous avons parlé plus haut. Mais dans certains cas ils existent, maintiennent solidement l'anse intestinale, et déterminent, si la hernie doit se produire, une variété spéciale, c'est ***la hernie par bascule***. Celle-ci peut être provoquée par une des trois causes énumérées plus haut ; la puissance est la même que pour toute autre hernie ; c'est la résistance qui change : A droite résistance provenant du ligament inférieur ou du liga-

ment supérieur du cæcum (Tuffier, Jaboulay) ; à gauche, résistance provenant d'un des replis fibreux qui renforcent le colon iliaque ; dans ces cas il ne pourrait y avoir de hernie primitive du segment de l'intestin situé au-dessous et en dedans du ligament, puisque celui-ci est solide ; il ne peut y avoir que hernie primitive du segment situé au-dessus et en dehors, colon ascendant ou descendant. Ils descendent parce qu'ils ne sont pas maintenus, parce que le colon ascendant est sous péritonéal, et s'énuclée peu à peu de sa coque séreuse, parce qu'une hernie banale attire le péritoine de la fosse iliaque (comme dans notre 2e observation, fig. 6 et 7). A mesure qu'ils descendent, le segment intestinal sousjacent se relève, cæcum à droite, colon ilio pelvien à gauche. Il y a eu bascule sur le ligament comme pédicule. — Ces hernies sont très rares ; nous n'en avons trouvé que 5 cas à droite, et à gauche notre seule observation ; ce qui tendrait à prouver l'insuffisance de ces ligaments comme moyen de fixité du gros intestin. C'est l'accollement de l'intestin au péritoine pariétal postérieur qui le maintient en place, et non pas tel ou tel renforcement inconstant.

Les hernies congénitales par glissement reconnaissent un mode particulier de formation. Elles paraissent liées à la migration du testicule, fait déjà indiqué par Scarpa; et c'est de cette manière que Hoffmann (B — 38) explique les hernies congénitales de l'appendice, qu'il trouve adhérent au testicule par le sommet, dans plusieurs observations.

Vers le milieu du 3e mois, d'après Toldt, le cæcum est appliqué contre la face inférieure du foie, au devant du pylore; il n'y a pas encore de colon ascendant, et à partir du cæcum le gros intestin monte obliquement, mais à peu près rectiligne, vers la flexure splénique. Le gros intestin continuant à s'accroître, le cæcum poussera vers la droite, longeant la face inférieure du foie, puis rencontrant la paroi abdominale, il sera forcé de se diriger en bas, jusqu'à ce qu'il atteigne sa situation définitive (Pérignon). Dès la 1re moitié du 4e mois, le cæcum est déjà au-dessous du pôle inférieur du

rein droit, il atteint la crête iliaque; le colon ascendant est ébauché. En même temps commencent les phénomènes d'accollement du méso intestinal et du cæcum, à la 2e portion du duodénum et à la paroi abdominale postérieure. Or à cette même époque vient de s'achever la descente du testicule. Les glandes génitales situées dans la région lombaire, de chaque côté de la colonne vertébrale, en dedans du rein primordial, se déplacent dès le 2e mois; au 3e mois, on les trouve déjà dans la cavité du grand bassin, aux 5e et 6e mois à la face interne de la paroi abdominale antérieure, contre l'anneau inguinal interne (Hertwig). Si l'accollement du cæcum s'est fait prématurément, s'il y a excès de soudure, l'intestin viendra adhérer à la glande génitale, alors qu'elle est encore située dans la région lombaire ; il l'entrainera dans les bourses. Le cæcum accompagne ainsi le testicule et sa vaginale, de la même façon que chez l'adulte il est attiré dans les bourses par la distention d'un sac herniaire; dans les deux cas quelque chose attire le péritoine de la région voisine, péritoine auquel est soudé une partie du gros intestin. Point n'est besoin d'admettre une péritonite fœtale pour expliquer l'adhérence du cæcum avec le testicule; la précocité de l'accollement intestinal suffit à faire comprendre la solidarité des deux viscères. Lockwood et Luschka font dépendre la descente du cæcum de celle du testicule et des ovaires. « Cette théorie, dit Pérignon, a contre elle les faits dans lesquels le cæcum est en place, tandis que les glandes génitales n'ont pas accompli leur migration. » En effet, l'adhérence du testicule au cæcum et à l'appendice, doit constituer une malformation, dont la hernie par glissement congénitale sera la preuve Il y aura suivant l'expression de Félizet « développement hétéropique du cæcum. » Dans le cas de Poirier déjà cité (O — 33) il s'agissait manifestement d'une hernie congénitale ; le cæcum et l'appendice adhéraient au sac, et celui-ci était en contiuité avec la vaginale contenant un testicule en ectopie inguino interstitielle. On peut concevoir que si le testicule avait accompli sa migration normale, le cæcum et l'appendice

seraient descendus avec la vaginale, dans les bourses. Et c'est précisément ce qui parait s'être produit dans le cas de Le Dentu (O — 49). Le testicule ectopié était descendu sous le pubis depuis 5 ans, la hernie s'était constituée; intestin et son enveloppe incomplète, solidaires du testicule et de sa vaginale. La vaginale formait la couverture séreuse non seulement du testicule, mais encore de l'intestin.

Ces hernies congénitales sont rares ; en effet, il faut que l'excès de soudure du cæcum coïncide avec le moment où le testicule quitte la région lombaire; car s'il survient plus tard le cæcum adhérera au rein, et fixé ainsi à cet organe immobile il restera en place, c'est-à-dire en position anormale prérénale, trop haute; processus inserve du précédent. Le Play (B — 52) en a rapporté récemment un cas à la société anatomique: l'appendice est « maintenu en position par un méso péritonéal dont le feuillet droit se confond avec la base péritonéale prérénale, et le feuillet gauche avec le feuillet droit du colon ascendant.

A gauche, le même phénomène peut se produire, bien que plus rarement. Au troisième mois le segment terminal du gros intestin est relié à la colonne vertébrale par un long méso. La coalescence peut commencer dans la 1re moitié du 3e mois, ou bien être retardée jusqu'au 5e mois.., elle fait défaut entre le rein et la colonne, ce qui produit la fossette intersigmoïde... (Pérignon). Là encore si l'accollement est complet et prématuré, des adhérences peuvent se produire entre le segment qui devrait normalement rester libre et flottant dans la fosse iliaque, et la glande génitale. Treitz expliquait la genèse de la fossette intersigmoïde par la formation d'un pli génito-entérique, qui unirait le feuillet postérieur du méso de l'S. iliaque au testicule; si elle parait aujourd'hui liée à d'autres causes, c'est-à-dire au défaut d'accollement partiel du mésocolon descendant, on peut concevoir que l'accollement total amène précisément la formation d'une adhérence génito-entérique qui entrainera l'intestin dans les bourses à la suite du testicule. Un excès de longueur du gros intestin comme il en

a été signalé — Curschmann (B — 19) a trouvé chez un individu de taille moyenne un gros intestin de 280 cent. — facilitera la hernie d'un segment de celui-ci, sans que la portion restée dans l'abdomen soit tiraillée ou déplacée.

En résumé nous pouvons conclure que tout dépend du moment où s'est produit l'accollement de l'intestin à la paroi : accollement prématuré et exagéré, survenant vers les 3e et 4e mois de la vie intra-utérine; hernie par glissement congénital liée à la descente du testicule et de sa séreuse, dont le péritoine digestif est devenu solidaire. Accollement normal, ou accollement exagéré tardif, ou accollement pathologique inflammatoire ; hernie par glissement de l'adulte avec disposition normale ou anormale du péritoine. Accollement dans la hernie elle-même par troubles inflammatoires ; hernie primitivement à sac complet, devenant secondairement à sac incomplet ; ou bien hernie avec adhérence charnue naturelle, devenant secondairement hernie à petit diverticule péritonéal, ou hernie sans sac.

* * *

La traction que subit le péritoine par le fait de la hernie du gros intestin dépasse la fosse iliaque, et atteint toute la paroi abdominale postérieure. Dans notre 2e observation, où le cæcum arrivait au collet, tout le péritoine de la fosse iliaque droite était comme décollé, attiré avec l'intestin et formait un long méso auquel celui-ci était comme suspendu. Des plis convergeant vers l'anneau inguinal gauche témoignent du glissement de la séreuse. On les aperçoit sur les fig. 1, 2 et 3 de la 1e observation, sur les fig. 6 et 7 de la deuxième. Il en résulte que tous les organes solidaires du péritoine, peuvent comme l'a fait le gros intestin, se déplacer vers la hernie. C'est ce qui arrive pour la vessie, fait bien connu, et dont nous avons signalé plusieurs cas à l'anatomie pathologique, coïncidant avec une hernie du gros intestin. Mais nous avons trouvé dans nos deux observations, *le déplacement du rein ;*

la chose est fort peu connue. On a discuté, dans la question des ptoses abdominales, où coïncidaient celles du rein et de l'angle colique y attenant, le fait de savoir quel est l'organe le premier abaissé, quel est celui qui entraine l'autre. La thèse de Ducatte (B — 21) rappelle les différentes théories invoquées, mais ne mentionne aucune observation, où il soit évident que le rein, ou que le colon aient débuté dans ce processus. Il est difficile en effet dans la plupart des cas d'incriminer le colon, quand la ptose se passe à droite, et chez la femme, le rein mobile y étant fréquent. Aussi l'observation suivante de Rayer (B — 69) n'entraine point la conviction.

Abaissement et mobilité du rein droit, chez une vieille femme atteinte d'une hernie crurale du cæcum. — Une femme très agée fût reçue dans le mois de mai 1836, à l'hôpital de la Charité, pour y être traitée d'une hernie crurale droite étranglée. La tumeur, formée d'une portion d'intestin, rendait un son clair à la percussion; en examinant la région iliaque du même côté, M. Velpeau rencontra, près de la colonne vertébrale, une tumeur qui se prolongeait dans la fosse iliaque droite; cette tumeur, lisse, polie, avait la forme et la consistance d'un rein. D'un autre côté, si, après avoir appliqué fortement la main droite sur le colon ascendant, on comprimait fortement la région rénale postérieure avec l'autre main, l'espace compris entre les deux mains était évidemment beaucoup moins considérable que dans les cas ordinaires, où le rein se trouve ainsi naturellement interposé entre elles. Je crus pouvoir affirmer que cette tumeur était un rein déplacé. Cette femme étant morte à la suite de l'opération et de l'étranglement qui l'avait nécessitée, d'une péritonite hypogastrique et d'une pleurésie, cette opinion sur le siège du rein fut confirmée à l'autopsie du cadavre. La hernie était formée par le cæcum. Le rein droit était abaissé de telle sorte que son extrémité supérieure correspondait à la dernière vertèbre lombaire, tandis que l'inférieure reposait sur la face interne de l'ilium. Les vaisseaux rénaux se dirigeaient de la veine cave et de l'aorte de haut en bas vers la rainure du rein.

Je n'ai pu savoir si ce déplacement du rein était consécutif à la hernie, si le rein avait été entrainé par l'abaissement du cæcum, ou si cette disposition du rein était congénitale. Je n'ai pu déterminer non plus si les douleurs que cette femme éprouvait à la partie inférieure du ventre devaient être entièrement rattachées à

la hernie, ou si le ballottement et la mobilité du rein entraient pour quelque chose dans leur production.

Tuffier (B — 83) dit avoir observé souvent *la coïncidence* de la néphroptose avec la hernie du gros intestin. Les cas que nous rapportons nous paraissent être nettement des déplacements du rein *consécutifs* à la traction du péritoine et de l'intestin. Il s'agissait d'hommes ; le déplacement siégeait sur le rein droit, le rein gauche était en place. En examinant les fig. 1 et 7 on devine par la direction des plis péritonéaux, que le rein a accompagné le glissement de la séreuse. Si dans les fig. 4 et 5 les vaisseaux du rein ont conservé leur direction horizontale et ne sont pas obliquement ascendants du rein abaissé vers l'aorte, comme devrait le faire la descente de l'organe, c'est parce que, pour une autre cause sur laquelle nous reviendrons, le point d'origine des artères rénales s'est abaissé en même temps. Sur la fig. 8 par contre, la veine rénale est bien obliquement ascendante, et la veine cave inférieure attirée par le rein gauche. L'abaissement du rein ne fait pas de doute.

Les rapports du péritoine intestinal et du péritoine prérénal expliquent la solidarité des deux viscères. Nous avons déjà rappelé le processus d'accollement du mésocolon descendant avec la séreuse pariétale postérieure, qui tapisse les organes génito-urinaires. Il en résulte un fascia cellulaire, en avant de la portion colique du rein, décrit par Zukerkandl. Ce fascia est confondu avec le feuillet prérénal qu'admet Gérota en le distinguant du précédent. Le feuillet rétro-rénal lui-même est adhérent au prérénal sur le bord convexe du rein, quelle que soit l'origine qu'on lui donne, dédoublement du fascia propria ou feuillet d'accollement du à un problématique méso-néphros (Frédet, B — 26).

Tous ces feuillets sont en connexion intime avec le colon et son péritoine ; le rein est en connexion avec eux : Legueu (B — 49) dit, il est vrai, que le rein se meut librement derrière le péritoine pariétal ; par contre Glantenay et Gosset (B — 33) insistent sur l'adhérence de l'organe avec sa couverture

séreuse; Albarran (B — 1) écrit que lorsqu'on essaye de mobiliser le rein dans sa capsule adipeuse, la séreuse suit ses mouvements; au-dessus et au-dessous le péritoine se plisse dans les mouvements étendus. Lanceraux (B — 47) avait déjà noté que le péritoine rétracté par une inflammation chronique peut abaisser le rein par traction. Alglave (B — 3) a rapporté récemment des faits prouvant cette solidarité : il trouve sur le cadavre la ptose du rein droit, ayant entrainé celle de l'angle hépatique du colon et le colon ascendant, tandis que le cæcum fixé par ses ligaments dans la fosse iliaque se coude et se dilate. Ces observations confirment les nôtres; dans les deux cas un des viscères entraine l'autre auquel il est uni, rein primitivement ptosé dans le cas d'Alglave, colon dans les nôtres. Nous avons pu sur le cadavre faire l'expérience inverse de celle d'Albarran, c'est-à-dire mobiliser le colon et voir descendre le rein. Sur trois sujets, des tractions lentes et continues opérées sur le colon descendant, purent faire glisser le rein jusqu'à la fosse iliaque, sans déchirure du péritoine. Les tractions progressives d'un colon qui descend peu à peu dans une hernie favoriseront cet abaissement.

L'angle splénique est retenu par le ligament dit de Phœbus et Bochdaleck. S'il était puissant, il pourrait fixer solidement l'intestin, et limiter au bout d'un certain temps la longueur de colon hernié, tout en rendant impossible la descente du rein. Mais il est loin d'être constant, et dans sa forme, et dans sa solidité : Jean Buy (B — 16) écrit dans sa thèse: « Pour tous les auteurs le ligament de Phœbus est constant et joue un grand rôle dans la fixité de l'angle colique gauche; il faut, à notre avis, atténuer quelque peu ces affirmations. » Poirier (B — 64) pense « qu'il est difficile de donner une description absolument précise d'un ligament qui se présente sous des aspects assez divers, suivant que le mésentère primitif a disparu totalement, ou a persisté en partie, fixant dans le premier cas l'angle colique, qui demeure relativement libre dans le second. C'est aussi

l'opinion qui se dégage des recherches de Quénu (B — 67) ; « cet angle que le fameux ligament est chargé de maintenir, varie à l'infini et de situation, et de fixité, et d'ouverture. »

*
* *

Les plis que forment le péritoine attiré par traction sont les uns avasculaires (Fig. 2), les autres vasculaires. Ces derniers sont dus au tiraillement des vaisseaux du segment hernié ; on les voit sur la Fig. 3 (1, 2 et 3). ils répondent aux vaisseaux, disséqués sur la Fig. 4. Normalement les vaisseaux cheminent flexueux de l'aorte à l'intestin, entre les deux lames du méso, ou sous le péritoine qui les protège ; ils oscillent à chaque systole sous l'influence de l'ondée sanguine et régularisent ainsi l'afflux sanguin. Par suite de la traction subie par l'anse herniée ils s'allongent, se tendent, deviennent rectilignes, passent directement de l'aorte au collet de la hernie, quittant la fosse iliaque sur laquelle ils reposaient, pour soulever le péritoine en un repli saillant. Bientôt, avec l'accroissement de la hernie, l'aorte elle-même est attirée ; elle se coude, se déforme et s'abaisse. Dans la première observation (Fig. 5) le coude répond à la mésentérique inférieure, il regarde le collet de la hernie. Dans la 2e observation (Fig. 8) il y a deux coudes, l'un qui correspond à la mésentérique supérieure, du à la hernie de l'intestin grêle, l'autre qui correspond à la mésentérique inférieure, car le colon descendant était attiré dans la hernie ; et l'on peut voir sur la Fig. 7 l'enroulement du péritoine autour de ce vaisseau, l'intestin étant en partie retenu par un repli fibreux, dont nous avons mentionné plus haut le rôle important. La rigidité des branches vasculaires de l'intestin d'une part, les déformations, et les rétrécissements de l'aorte aux points d'origine de ces branches d'autre part, ne vont pas sans troubler la vascularisation du segment de l'intestin hernié. Les inflammations chroniques du gros intestin, et les coalescences pathologiques secon-

daires, survenues dans le sac, sont peut-être le résultat de ce défaut de vascularisation ; de même la friabilité des parois, rapportées dans plusieurs observations. Nous n'avons trouvé nulle part mention de ces faits ; dans un article récent Stiller (B — 76) étudie les ptoses de l'aorte abdominale en tant que faisant partie du processus général de « diathèse ptosique » — il n'y a rien là de semblable à ce que nous rapportons. Ici la déformation est consécutive à la hernie. Il ne peut s'agir non plus de déformations par lésions athéromateuses, car dans les deux observations les parois de l'aorte étaient saines.

Quant aux tractions subies par le cordon spermatique, tractions qui retentissent et sur le péritoine de la fosse iliaque, (2 de la Fig. 2) et sur les vaisseaux dont naissent ses éléments (Fig. 4), elles sont dues aux adhérences de la face extra sacculaire du gros intestin avec le cordon, et rentrent dans la même catégorie de faits.

Le role des vaisseaux comme moyen de fixité des viscères abdominaux semble, d'après ces deux observations, improbable. Il apparait au contraire que, lorsqu'ils sont obligés de remplir cette fonction, par suite d'une ptose organique, il en résulte des déformations et des lésions telles, qu'il ne s'agit plus de faits anatomiques mais de conséquences pathologiques.

Ces déformations n'ont rien de spécial aux hernies par glissement. Nous ne faisons que les mentionner ici, pour ne point sortir de notre sujet, nous réservant d'y revenir dans un prochain travail.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Ce chapitre offre quelques particularités intéressantes.

Les hernies par glissement sont moins exceptionnelles qu'on ne l'a dit, puisque nous avons pu en réunir 159 obser-

vations. On a presque toujours à faire à des hommes (nous ne trouvons que 10 femmes dans la statistique) ; gens agés comme nous l'avons indiqué, porteurs d'une hernie ancienne, le début remontant à plusieurs années, souvent 10, 20 et 30 ans. A droite elle est duvolume du poing, à gauche presque toujours énorme. Ces faits coïncident avec le mécanisme le plus fréquent de ces hernies ; hernies consécutives à la traction d'une anse primitivement libre du gros intestin, ou venant compliquer une hernie banale de l'intestin grêle : La hernie est ancienne, mais le glissement est récent L'évolution rend compte des mêmes faits ; primitivement réductibles, elles deviennent irréductibles en s'accroissant ; d'abord partiellement, car l'adhérence charnue naturelle n'occupe que la partie du sac qui avoisine le collet ; bientôt en totalité ce qui est probablement du aux coalescences secondaires, pathologiques, qui viennent rendre adhérente la portion primitivement libre de l'intestin. Dans quelques cas, ces hernies restent toujours réductibles ; il s'agit alors d'une petite anse de gros intestin complètement sous péritonéale, et très mobile dans le tissu cellulaire où elle peut glisser, sous l'influence d'une pression continue; ou bien de hernies du gros intestin à méso inséré sur le sac près de l'anneau, le méso étant assez large pour permettre la réduction. Il se produit quelquefois une dépression de la tumeur herniaire correspondant au segment de la paroi attirée dans le ventre par la traction du méso refoulé. Mais la hernie se reproduit aussitôt qu'elle est abandonnée à elle-même, et le bandage ne peut la contenir dans les efforts.

Elle donne la sensation d'une masse pâteuse, irrégulière, souvent mate à la percussion, par accumulation de matières fécales, gardant l'empreinte du doigt. Les tissus sont œdématiés, infiltrés, dans les hernies volumineuses. On sent du côté gauche des parties lobulées, plus ou moins mobiles, dues aux appendices épiploïques hypertrophiés ; aussi le diagnostic d'épiplocèle adhérente est-il généralement porté. A droite, l'appendice peut être deviné sous forme d'un cordon induré,

surtout dans les cas de hernies appendiculaires pures, dont le petit volume, et l'absence de gargouillement complètent les éléments de diagnostic. Dans les hernies de l'S iliaque, il y a parfois un gonflement de la tumeur au moment de la défécation ; celle-ci est difficile et douloureuse, et les malades favorisent la garde-robe en pressant sur la hernie, pour en exprimer les matières qui s'y accumulent. Les lavements peuvent les distendre, signe pathognomonique de la présence du gros intestin. Morestin a proposé la radiographie, après administration de lavements contenant du sous nitrate de bismuth. Mais le diagnostic de « glissement » ne peut être porté avec autant de certitude.

Les troubles fonctionnels sont fréquents, quelle que soit la variété de hernie par glissement : douleurs, coliques, irradiations dans la région lombaire du même côté, pesanteurs, tiraillements etc.... Ils nous paraissent en rapport avec les troubles circulatoires et inflammatoires dont nous avons parlé, et sont le témoin d'une colite, typhlite, appendicite chronique, amenant les processus d'accollement secondaire dans le sac.

La chutte du rein que l'examen de la région lombaire ferait reconnaitre, doit être aussi pour quelque chose dans ces symptômes.

Les malades sont sujet à des crises douloureuses, à des troubles digestifs violents, classés sous les noms de péritonite herniaire, engouement, obstruction par matières fécales et étranglement peu serré; tandis que l'étranglement vrai aigu, y est moins fréquent.

Nous avons signalé plus haut les diverses complications de ces hernies, et ce qu'elles ont de spécial au point de vue anatomique. La clinique ne diffère pas ici de ce qu'elle est dans tout autre variété banale.

Il faut retenir seulement leur pronostic défavorable : « On ne peut les abandonner à elles-mêmes, dit Morestin ; ceux qui les portent sont de pitoyables infirmes, pour lesquels l'avenir est gros de danger. »

TRAITEMENT

Si on parcourt les observations qui sont résumées à la fin de ce mémoire, on s'aperçoit que le traitement des hernies par glissement peut donner lieu à des difficultés considérables; les résultats n'en sont pas toujours brillants, et les complications opératoires y sont assez fréquentes.

Voici *la statistique* que nous avons établie d'après ces observations (elle ne comprend que les opérations pratiquées depuis la méthode antiseptique) :

Guérison sans accidents ni récidive.	71 cas
Guérison après accidents opératoires. . . .	18 cas
Persistance de la hernie ou récidive rapide.	10 cas
Mort suite de l'opération.	9 cas

Il ne s'agit ici que de hernies par glissement du cæcum et de l'S Iliaque; les hernies de l'appendice seul seront étudiées plus loin.

Les guérisons par première intention comprennent 16 cas de hernies étranglées, traitées par la simple réduction de l'intestin, avec cure radicale; et 55 hernies non étranglées; parmi ces dernières, une entraina la castration (O — 11), car le déférent et la spermatique avaient été coupés en voulant libérer l'intestin, et 3 furent traitées par la résection de l'intestin (O — 77), dont 2 nécessitèrent la castration (O — 111 et 112). Dans ces trois cas, la réduction était impossible.

Parmi les complications post-opératoires, nous trouvons 14 cas de suppuration ou d'hématome considérable; suppurations dues à la longueur et à la difficulté de l'opération, à la blessure de l'intestin, aux tissus enflammés de la hernie; hématomes résultant de la blessure des vaisseaux sous péritonéaux de l'intestin. Dans un de ces cas, la suppuration fut consécutive à une résection intestinale (O — 113); on eut des difficultés pour réduire le moignon lui-même, et sous l'influence des manipulations, un fil à suture à pu lacher; quelque temps après la guérison, la cicatrice commençait à

bomber sous l'influence de la toux. — Dans 4 cas l'opération fut incomplète et en nécessita une seconde quelque temps après; deux fois il s'agissait de l'S Iliaque, non étranglé (O — 120, 114); dans cette dernière opération la castration fut nécessaire; une fois il y avait hernie étranglée du cæcum (O. 51), la guérison se fit avec persistance d'une impulsion à la toux; le quatrième cas était compliqué d'appendicite (O — 62).

Dans 6 observations, l'opération ne put être achevée, et l'intestin fut définitivement abandonné dans la hernie, après réduction de ce qui en fut possible. Dans l'obs. 44, la libération n'aurait pu se faire qu'en blessant les volumineux vaisseaux de l'intestin. Rupture de l'intestin friable, en voulant le séparer des tissus scrotaux dans l'obs. 46. Amincissement de ses parois tellement que la gangrène était à craindre (O — 107, 110). Deux fois l'intestin avait été incisé dès les premiers coups de bistouri (O — 56, 105). Plusieurs de ces cas se compliquèrent en outre d'une fistule pyostercorale (O — 56, 105, 110); dans l'obs. 7 il eut fistule, et récidive rapide.

Les 9 cas de mort se répartissent de la façon suivante : Hernie étranglée; réduction impossible, établissement d'un anus (O — 37). Hernie étranglée chez un enfant de 4 mois (O — 40). Hernie étranglée, n'ayant pu être réduite qu'après ponction de l'intestin et évacuation de son contenu (O — 47). Hernie étranglée, blessure de l'intestin, établissement d'un anus. (O — 48). Appendicite herniaire; résection de l'intestin qu'on ne peut réduire, abouchement de l'intestin grêle à la peau (O — 65). Hernie non étranglée, déchirure du méso en voulant réduire; mort avec symptomes d'étranglement interne (O — 78). Hernie non étranglée, libération difficile de l'intestin; à l'autopsie, gangrène intestinale (O — 98). Résection de l'intestin pour hernie non étranglée, bouton de Murphy : à l'autopsie, sphacèle au niveau du bouton. (O — 125). Hernie étranglée, établissement d'un anus sur l'intestin qu'on ne peut réduire (O — 137).

Ces complications peuvent se résumer ainsi : Blessure de

l'intestin à la première incision, parce qu'on cherche le sac, et que c'est la face extrasacculaire qui se présente la première. Hémorrhagie et déchirure de l'intestin en voulant libérer sa face extra-péritonéale. Impossibilité de réduire à cause des adhérences qui se prolongent dans la fosse iliaque. Accidents post opératoires, dus à l'amincissement des parois de l'intestin, ou à la section de ses vaisseaux. — Il s'agit bien là, dans la majorité des observations de complications propres à cette variété de hernie, et c'est à quatre temps de l'opération que surgissent les difficultés : Recherche du sac, dissection de l'intestin, réduction de la hernie, contention.

*
* *

La recherche du sac a amené la blessure de l'intestin : on incise plan par plan, et subitement il y a issue de gaz et de matières fécales; l'accident est arrivé 7 fois (O — 37, 40, 48, 56, 60, 81, 114); dans deux autres cas (O — 86, 95), c'est l'appendice que le chirurgien incisa dans le tissu cellulaire de la hernie. Quand le diagnostic de hernie par glissement n'a pas été posé avant l'opération et quand la hernie n'est pas étranglée. l'accident est excusable; l'anatomie pathologique explique qu'il peut se produire : pas de sac, ou bien face extra péritonéale de l'intestin anormalement en avant, inflammation chronique ayant fait adhérer la paroi musculaire au tissu cellulaire, si bien qu'elle ne peut être reconnue à temps. Aussi est ce au collet de la hernie que doit porter la première incision, là où peut se trouver le diverticule péritonéal, en haut et en dedans; elle est faite avec précaution, plan par plan: et si la paroi musculaire de l'intestin épaisse et charnue se présente la première, on cherchera plus en dedans, ou plus en dehors; sinon l'incision sera agrandie en haut, et la paroi abdominale incisée. Le sac une fois trouvé est ouvert par sa paroi antérieure seule, car la postérieure recouvre les vaisseaux, sur le doigt glissé à son intérieur, de haut en bas. Le fond est exploré, de façon à reconnaitre si le sommet de

l'anse herniée ne remonte pas sur la paroi antérieure, comme dans quelques observations. Le contenu du sac, intestin grêle, est réduit, ce qui n'est parfois possible qu'après le traitement de l'adhérence du gros intestin, comme dans les observations 43 et 106, où le méso adhérent au collet barrait la route. Quand on trouve l'appendice vermiculaire, il est préférable de ne le réséquer qu'après la libération de l'intestin, car les manipulations que celle-ci nécessite, pourraient amener la déchirure des points de suture. A gauche les appendices épiploïques volumineux, gênant la réduction, doivent être enlevés. Cette résection parfois est délicate, et peut amener des accidents; en effet, ils adhèrent à l'intestin et au sac, et peuvent être pris pour les brides fibreuses, véritables mésos des vaisseaux de l'intestin; c'est ainsi que dans l'obs. 105, l'intestin fut ouvert, par la section d'une de ces brides; il fallut abandonner l'opération et il y eut fistule stercorale. Dans l'obs. 137, on sectionna entre deux ligatures une bride fibreuse, qui à l'autopsie fut trouvée s'étendant de la terminaison du mésentère au fond de la hernie, sur la paroi postérieure du sac, entre les deux segments de l'anse; bride semblable à celle que nous avons figurée (1, fig. 3) et qui contenait les branches de la mésentérique inférieure; si le malade de cette opération n'était mort rapidement, il est probable que des complications seraient survenues par sphacèle de l'intestin ainsi privé de ses vaisseaux.

La libération de l'intestin, est le point le plus difficile du traitement; il faut éviter la blessure de ses vaisseaux, qui rampent derrière la paroi postérieure du sac, près de l'intestin, et les détacher avec lui, respecter le cordon spermatique qui leur adhère. Dans de très nombreuses observations il est noté que l'hémorrhagie fut notable; dans l'obs. 110 la section des vaisseaux amène le sphacèle de l'intestin, et une fistule pyo-stercorale. L'intestin fut déchiré pendant la libération, dans les obs. 46, 58, 60, 77. Les trois premières furent suivies de suppuration profuse ou de fistule intestinale; la dernière nécessita la résection. Nous avons

relevé d'autre part 4 cas où la castration fut nécessaire pour la cure radicale. Enfin ce sont les adhérences intimes des parois avec l'intestin qui ont forcé l'auteur à abandonner celui-ci dans la hernie, quand la résection n'était pas possible, et à faire un anus quand il y avait étranglement (O — 35, 37, 48, 65, 137).

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et quelquefois on trouve un plan de clivage qui permet de séparer facilement l'intestin. D'autre part, dans la variété de hernie à méso inséré sur le sac il peut suffire de sectionner le méso, comme dans les obs. 4, 20, 29, 41. Encore faut-il le sectionner près du sac, et non près de l'intestin, pour éviter les vaisseaux nourriciers.

Les difficultés de la libération de l'intestin, tiennent surtout aux inflammations secondaires ; aux phénomènes péritonéaux dont la hernie est le siège. Il est impossible de reconnaitre dans les tissus, le plan de clivage, surtout en opérant de bas en haut, car c'est au fond du sac que les modifications sont les plus marquées : dans plusieurs cas, *c'est de haut en bas seulement que la libération fut possible* ; ainsi dans les observations de Vautrin (O — 30), de Lambret (O — 115). Sur le sujet que nous avons examiné (O — 1), la libération n'était pas possible en commençant par le pôle inférieur de l'anse ; au contraire elle fut facile, en opérant du segment situé dans la fosse iliaque, à celui qui était hernié. C'est qu'en effet dans la fosse iliaque, il n'y a encore aucune modification inflammatoire. On peut séparer facilement les feuillets d'accollement congénital, comme l'a proposé Pierre Duval (B — 23) pour le traitement du cancer du colon pelvien ; les vaisseaux sont entrainés avec l'intestin, tandis que l'uretère et les éléments du cordon restent contre la paroi ; en continuant le décollement vers la hernie, on est sûr d'éviter la blessure de l'intestin et des vaisseaux, et de rester dans le plan de clivage. Nous proposons donc, de rechercher dans la fosse iliaque, par une hernio-laparotomie l'anse du gros intestin qui y adhère, de sectionner le péri-

toine dans l'angle que forme en dehors le colon avec la paroi de décoller le colon et ses vaisseaux, en les séparant des éléments du cordon au niveau du collet, et en reconstituant le méso-intestinal primitif, et ensuite seulement de prolonger le décollement de haut en bas, sur tout le segment hernié du gros intestin. Après la réduction, on suturera les parties du sac adhérentes au gros intestin, au péritoine incisé dans la fosse iliaque : sorte de colopexie.

Quand malgré tout l'adhérence est trop intime, il faut alors se résoudre ou bien à laisser la hernie telle quelle, ou bien à pratiquer la *résection de l'intestin*. Nous en relevons 7 cas. Dans 5 observations la hernie n'était pas étranglée : chez le malade de Courtin (O — 77), il y avait hernie inguinale gauche du cæcum ; on avait déchiré l'intestin en deux endroits, et la libération restait difficile ; on fit la résection, et on implanta la terminaison de l'iléon dans la paroi interne du colon ascendant ; le malade guérit. Dans les deux cas de Julliard (O — 111 et 112), la dissection de l'intestin, paru tout de suite impossible, l'opérateur réséqua 49 cent. de colon ilio-pelvien et fit une entérorraphie circulaire : guérison per primam. Lambret (O — 113) avait blessé l'S iliaque à la première incision ; la libération était difficile, et l'hémorrhagie considérable ; il se résolut à réséquer 15 cent. d'intestin et à faire une anastomose termino-terminale ; la réduction du moignon fut encore difficile, et la plaie suppura. Schwartz (O — 125) réséqua 30 cent. du colon ilio-pelvien parce que la réduction en était impossible : mais il y eut sphacèle de l'intestin au niveau du bouton de Murphy et le malade mourut par péritonite. Les deux derniers cas ont trait à des hernies compliquées ; hernie étranglée et gangrénée du cæcum et du colon dans l'ancienne observation d'Arnaud (O — 35) ; après résection, les deux bouts de l'intestin furent abouchés à la peau ; le malade guérit. Hernie compliquée d'appendicite chez le malade de Polosson (O — 65), le méso empêchait la réduction ; l'opérateur fit la résection, et établit un anus ; mais le malade mourut. — Si le malade peu

supporter l'opération, la résection parait préférable, à l'abandon de l'intestin dans la plaie; car on risque alors le retour des mêmes accidents que ceux pour lesquels on avait été obligé d'intervenir la première fois.

Dans les cas de hernie étranglée, il vaut mieux, pour plus de sécurité *débrider simplement* dans une première opération, et plus tard essayer la cure radicale, ou la résection. *L'établissement d'un anus* est plus grave que le débridement simple, et nous relevons 1 guérison (O — 51), contre 3 morts (O — 37, 48, 137) ; il est vrai qu'il s'agit alors de lésions avancées, et que ce traitement n'est qu'un pis aller.

La réduction de l'intestin est quelquefois impossible même après libération; c'est que les adhérences se prolongent dans la fosse iliaque, depuis le collet, tellement que ce n'est qu'après agrandissement de l'anneau et véritable laparotomie, que l'anse herniée peut rentrer dans la cavité abdominale. Ainsi fut fait dans les observations 30, 36, 43, 64, 101 et 115. Nous avons déjà indiqué une technique, pour détruire l'adhérence du colon jusque dans la fosse iliaque; nous verrons plus loin le procédé de Morestin qui y remédie. Dans certaines variétés de herni par bascule, l'impossibilité de réduire, vient de la position de l'anse dans le sac; en effet, le cæcum est relevé fond en haut, complètement entouré de péritoine, tandis que le colon est en bas, extra sacculaire dans la hernie; si on repoussait directement le cæcum dans le ventre, on ne pourrait qu'amener la tension des ligaments qui le retiennent dans la hernie. Il faut alors, suivant le *procédé de Jaboulay*, réduire d'abord le colon, et redresser le cæcum, par un mouvement de bascule opposé à celui qui l'a hernié : « refouler le fond du cæcum de haut en bas, et d'avant en arrière ». Ce fut le procédé suivi dans les obs. 5, 55 et 62; dans cette dernière ce n'est qu'à une deuxième opération, que la réduction put être obtenue.

Une autre question se pose, celle du sac; faut-il ou non le réséquer ? Hartmann, dans la thèse de de Mayo, avait conseillé et pratiqué *la résection de ce qui est possible de sac, et*

sa suture. Mais il nous semble, qu'à part les cas de sac volumineux, avec petite adhérence par glissement, cette technique doit-être abandonnée; en effet, les deux segments de l'anse intestinale se trouvent comme attachés l'un à l'autre près du collet, par le reste du sac suturé; si le péritoine est sain, il se déchirera plus tard, ou se distendra, mais s'il est enflammé, il y aura ainsi une véritable bride fibreuse, maintenant accollées les deux branches de l'anse réduite dans l'abdomen, pouvant les couder, et secondairement produire une occlusion intestinale. Lambret compare l'anse ainsi traitée à ce qui se passe dans la fermeture d'un éventail. Berger, cité par Bérard et Vignard (B — 7) aurait observé un cas d'étranglement post opératoire. Il y eut mort par étranglement interne dans l'observation de Villeneuve (O — 78); le méso colon avait été déchiré, et peut-être y eut-il hernie interne par cette déchirure.

Quelques opérateurs se sont attachés à *faire sur la partie de l'intestin dépourvue de séreuse une autoplastie péritonéale au moyen de lambeaux empruntés au sac*. Morris (O — 122), Weir (O — 32, 131), Van Heuversvyn (O — 54) Gouilloud et Raffin (O — 108), Dujarrier (O — 10) ont employé ce procédé; Tuffier (B — 82) le conseille. Il consiste dans la section du sac à quelque distance de l'intestin et parallèlement à lui; en dedans et en dehors on libère l'anse herniée, et les lambeaux de sac qui lui restent adhérents; les lambeaux sont rabattus en arrière, de telle sorte que leur face cruentée s'applique sur la face cruentée de l'intestin. Ils sont ensuite suturés l'un à l'autre. La couverture séreuse de l'anse intestinale devient ainsi complète, et on pratique sa réduction dans la cavité abdominale où elle va flotter librement. Cette méthode nous parait compliquer un peu l'opération, et il est préférable de recourir à la *réduction de l'intestin avec le sac*. Le sac primitivement incisé pour reconnaitre la hernie est libéré avec l'intestin ; les deux lèvres de sa plaie sont suturées, et on refoule l'intestin en repoussant le sac; celui-ci recouvre ainsi peu à

peu la partie extra-péritonéale du colon, une sorte de méso se reforme quand la réduction est achevée, et l'intestin flotte alors librement dans la grande cavité péritonéale. Dans plusieurs observations il est dit que intestin et sac furent refoulés en masse. Roussel (O — 155) avait observé sur le cadavre que pendant la réduction, l'intestin entrainait avec lui le sac, le retournait, et s'en revêtait. Plus récemment Savariaud a vu se produire la même chose (O — 156); en examinant la cavité abdominale après suture du sac et refoulement, il vit le colon avec son méso complètement reformé, dont un des feuillets portait la suture faite au sac dans la hernie. Savariaud conseille d'employer, et une fois a pratiqué la réduction par ce procédé; il recommande de n'ouvrir le sac que là où il n'y a ni vaisseaux ni intestin, c. a. d. au collet et à la partie antérieure; puis de séparer l'ensemble formé par le cordon et la hernie des parois du canal inguinal; et de séparer ensuite le cordon de la hernie, sinon on sacrifiera le testicule. On pousse alors la dissection de l'intestin, très loin dans la fosse iliaque, grâce à un large débridement de la région inguinale. On ferme le sac par quelques points séparés, puis on refoule l'intestin avec le sac, et on répare la brèche pariétale. Sur le vivant le procédé a été employé avec succès dans les obs. 34 et 143. Le procédé, rapporté plus loin, de Morestin amène la reformation du méso, non pas en repoussant l'intestin hernié, mais en opérant des tractions sur l'intestin contenu dans l'abdomen.

Pour *la contention de l'intestin réduit*, on peut s'adresser à la paroi, ou à l'intestin lui-même. La réfection de la paroi ne nous intéresse pas ici; elle n'a rien de spécial à la hernie par glissement. Au contraire il est utile de s'occuper de la suspension de l'anse dans l'abdomen. La situation est en effet particulièrement défavorable, car l'intestin reste accollé dans la fosse iliaque au niveau même de la cicatrice; on n'a pu d'autre part supprimer complètement le cul de sac péritonéal, puisqu'il n'y avait pas de sac à proprement parler qui put être reséqué. Même après résection de l'intestin hernié,

nous avons vu que le moignon pouvait venir presser sur la paroi suturée. Deux procédés de pexie ont été employés pour maintenir l'intestin éloigné de la cicatrice. *Le procédé de Barker* appliqué au sac incomplet de la hernie par glissement devient une sorte de colopexie. Normalement le passage des fils qui ont lié le collet du sac, dans la paroi abdominale, au-dessus de l'anneau interne, est destiné à supprimer l'infundibulum péritonéal, dans lequel tend à s'engager une nouvelle anse intestinale. Ici, en soulevant le péritoine du sac, le fil suspend en même temps l'intestin qui y adhère, mais pour obtenir ce résultat, on a généralement reséqué et lié ce qui restait du sac, et nous avons vu plus haut les inconvénients qui peuvent résulter de cette plicature permanente de l'intestin ; aussi serait-il préférable de garder le sac, et de suspendre seulement le méso retourné. Le procédé de suspension à la Barker à été employé dans 9 cas, qui d'ailleurs ont tous bien guéri. La colopexie ou plutôt *la mésoplastie et la mésocolopexie de Morestin* (B — 59), est une opération plus sérieuse, puis qu'elle nécessite la laparotomie ; mais elle s'adresse à des hernies plus volumineuses, et réalise plus parfaitement la réfection normale du méso colon, tout en lui rendant son action comme moyen de fixité de l'anse intestinale. Voici comment il décrit son procédé : 1° Mise à nu de l'orifice inguinal, débridement en dehors de cet orifice, dans le sens des fibres du grand oblique, ouverture du péritoine au niveau du trajet inguinal. On s'épargne ainsi tout tatonnement dans la recherche du sac, et tout ennui du côté de l'intestin. 2° Libération de celui-ci par voie de décollement. 3° Incision soit sur le bord externe du muscle droit, soit au voisinage de la crête iliaque. 4° Réfection du méso colon et fixation l'un à l'autre de ses deux feuillets, à l'aide d'un grand nombre de sutures à la soie fine, soit à points séparés, soit en surjets disposés en lignes radiées dans les interstices des vaisseaux; fixation de la base du méso à l'aponévrose iliaque, à la partie la plus reculée de la fosse iliaque. 5° Suture de la plaie abdominale. 6° Réfection

aussi soignée que possible de la paroi au niveau du trajet inguinal. Le procédé a été employé deux fois avec succès.

Il faut en résumé diviser les hernies, au point de vue traitement, en trois groupes :

1° *Libération facile de l'intestin dans le sac* : Refouler l'intestin avec son sac incomplet ou par le procédé de Jaboulay s'il y a hernie par bascule, ou bien sectionner simplement le méso s'il y a hernie à méso inséré sur le sac. Puis, si la hernie est petite, fixer la base du méso reformé, à la face profonde de la paroi abdominale, au-dessus de l'anneau, suivant la méthode de Barker. Si la hernie est volumineuse, difficilement réductible, ou tend à se reproduire aussitôt qu'on cesse de la maintenir, faire une laparotomie, et pratiquer la mésocolopexie suivant le procédé de Morestin.

2° *Libération difficile et dangereuse de l'intestin dans le sac* : Faire une hernio laparotomie, dédoubler le fascia d'accollement rétro-méso-colique dans la fosse iliaque, et prolonger de haut en bas ce dédoublement jusque dans la hernie. Réduire par traction et suturer le péritoine de la fosse iliaque à celui du sac réduit, de manière à fixer l'intestin par son intermédiaire.

3° *Libération impossible de l'intestin* : Si la hernie n'est pas étranglée, et que le malade est suffisamment résistant, pratiquer la résection de l'anse herniée, en ayant soin de libérer les deux bouts de l'intestin, jusque dans la fosse iliaque, de telle sorte que la réduction du moignon soit facile. Si la hernie est étranglée, et le malade incapable de supporter une longue opération, débrider simplement l'étranglement, et remettre à plus tard le soin de la cure radicale.

*
* *

D'autres *complications*, que l'étranglement simple, peuvent se voir dans les hernies par glissement, et doivent être traitées. S'il y a étranglement d'une anse grêle dans le sac incomplet d'une telle hernie, la présence du gros intestin

peut passer inaperçue ; nous avons vu, à l'anatomie patholo gique, les cas où une petite anse de gros intestin, aplatie prés du collet, simulait un sac épaissi. Un débridement aveugle l'ouvrirait certainement et la plaie pourrait passer inaperçue. La section de l'anneau ne doit être dans aucun cas pratiquée ainsi, mais les yeux doivent guider le bistouri et examiner avec soin les tissus sur lesquels on le porte.

La hernie par glissement de l'appendice non compliquée est facile à traiter par la résection de l'appendice. S'il y a appendicite herniaire, le traitement variera suivant les formes aiguë, suppurée, phlegmoneuse et ne diffèrera pas des hernies à sac complet de l'appendice. Toutes les fois qu'il y a appendicite suppurée compliquant une hernie par glissement, il est préférable de traiter l'appendicite dans une première opération, et de revenir ultérieurement au traitement de la hernie. Voici ce qu'ont donné les opérations de hernie par glissement de l'appendice, que nous rapportons plus loin :

Appendice sain, résection, *guérison*.	4 cas
Appendicite aigüe non suppurée résection, *guérison*	2 cas
Appendicite aigüe non suppurée, *guérison après suppuration*.	1 cas
Appendicite suppurée extrasacculaire, incision, *guérison*.	2 cas
Phlegmon herniaire, incisions multiples, cure radicale dans une 2e opération, *guérison*. .	2 cas
Appendicite, résection intestinale, anus, *mort*.	1 cas
Appendicite et vaginalite suppurée, résection de l'appendice, castration, pneumonie, *mort*.	1 cas

Resterait enfin à traiter la complication que nous avons signalée : Ptose du rein consécutive à la hernie. Il ne serait indiqué de recourir à la néphropexie que si les troubles fonctionnels et les douleurs persistaient, après et malgré une cure radicale effective de la hernie.

Fig. 1 — Observation 1

Fig. 2[illegible]— Observation 1

Fig. 3. — Observation I

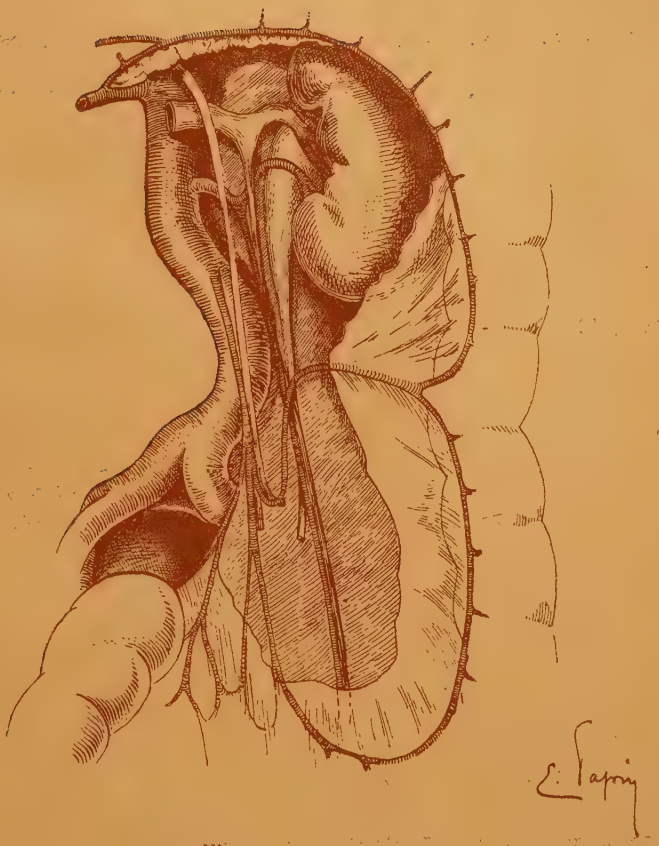

Fig 4 — Observation I

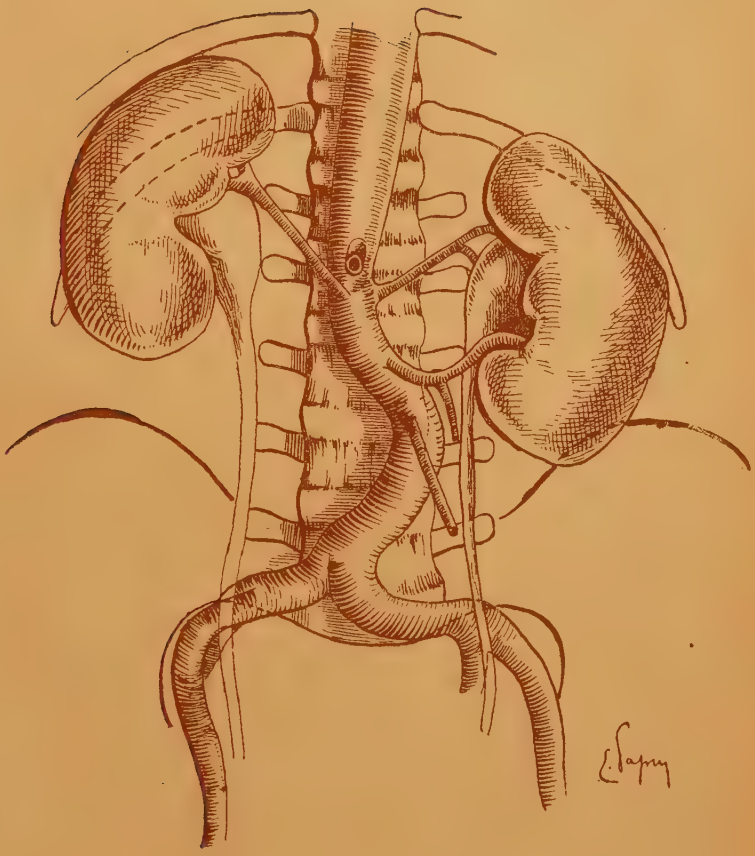

Fig. 5 — Observation I

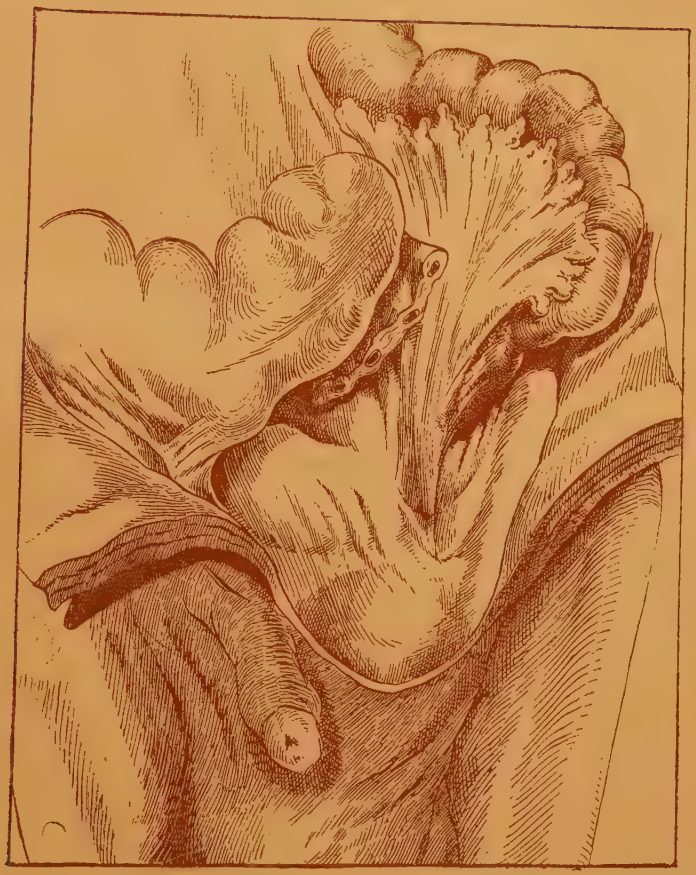

Fig. 6 — Observation 2

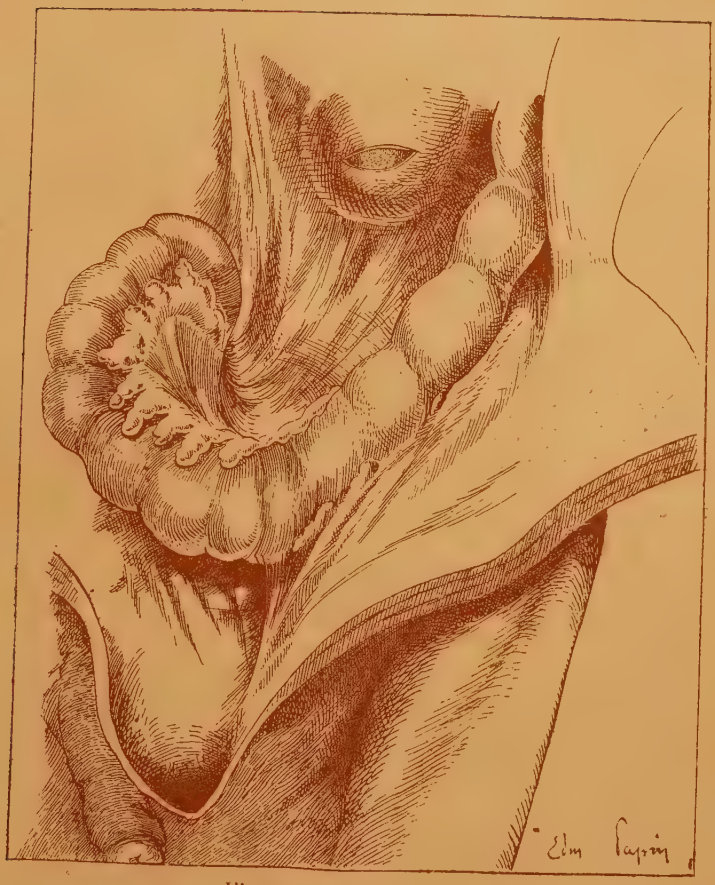

Fig. 7 — Observation 2

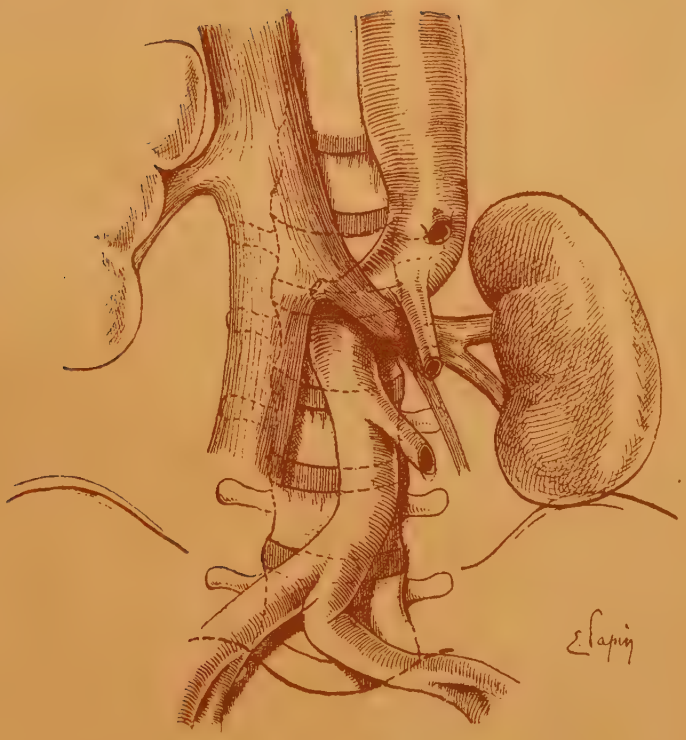

Fig. 8. — Observation 2.

OBSERVATIONS

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATIONS INÉDITES

Obs. 1. — *Hernie par glissement du colon lombaire et ilio pelvien, avec déformation de l'aorte et abaissement du rein.*

Sur un sujet du laboratoire de M. le Professeur Poirier, nous avons trouvé une hernie par glissement de l'S iliaque. Le sujet est un homme bien musclé, de forte corpulence, d'environ 50 ans. La hernie est inguinale gauche, du volume d'une tête d'adulte ; elle atteint le 1/3 moyen de la cuisse. Elle est totalement irréductible.

A l'ouverture, il s'échappe une assez grande quantité de liquide séro purulent. Après ablation de l'intestin grêle, *le gros intestin présente les dispositions* suivantes (Fig. 1) : le cæcum est haut situé dans la fosse iliaque, et répond au niveau de la crête iliaque que son fond dépasse de deux travers de doigts environ. Le colon ascendant se dirige en haut, se coude un peu sur lui même (1), puis remonte croiser le bord antérieur du foie, et s'insinuer entre la face antérieure de ce viscère et le diaphragme. De là, le colon transverse se dirige en bas et à gauche, cachant l'estomac et le grand épiploon, qui sont refoulés sous le diaphragme. Il atteint le pôle inférieur de la rate, où l'angle splénique est à peine effacé. Puis le colon descend dans la fosse lombaire gauche, croise la fosse iliaque et vient remplir en totalité la hernie inguinale, laquelle ne contient pas d'intestin grêle. La branche interne de l'anse herniée se recourbe sur le bord interne du psoas près du pubis : de là, le gros intestin longe la paroi antéro-latérale gauche de la cavité pelvienne et se dirige en droite ligne vers l'anus. Le rectum est attiré en avant et en haut. La vessie est complètement repoussée à droite.

Le *péritoine* est ainsi conformé : le cæcum n'est recouvert de séreuse que sur sa face antérieure; la base de l'appendice est également sous le péritoine pariétal de la fosse iliaque, alors que le sommet, sur lequel est implantée une grosse frange graisseuse, flotte librement dans la cavité abdominale. Le péritoine en passant

du cæcum et de la base de l'appendice sur la fosse iliaque, forme un certain nombre de replis rayonnant du fond du cæcum sur la paroi. Le colon ascendant n'a pas de méso.

Le méso-colon transverse dans tout son segment droit est très haut, et forme comme un large éventail, cette hauteur diminue rapidement en se dirigeant à gauche, et le segment gauche du colon transverse possède un méso haut de 5 travers de doigts à peine. Au niveau de la crête iliaque, il n'est plus que de deux travers de doigts, et sur l'intestin hernié, il n'y a plus de méso. L'anse est complètement sous-péritonéale.

En abaissant le colon transverse, on le voit par son segment droit remplir la cavité pelvienne déshabitée, le segment gauche s'abaisse fort peu, et reste suspendu à la paroi par son court méso.

Le cul-de-sac péritonéal herniaire est peu profond. et parait descendre moins bas que l'anse elle-même. Sa cavité est cloisonnée par des replis fibreux et par des appendices épiploïques énormes et adhérents entre eux.

L'intestin (Fig. 2) est derrière le péritoine postérieur ; il est, par la moitié de sa circonférence, en rapport direct avec le tissu cellulaire des bourses; les deux branches de la hernie sont côte à côte; le péritoine saute de l'une à l'autre en déterminant entre elles deux une gouttière peu profonde. Le sommet de l'anse remonte sur la paroi antérieure du sac scrotal; la face postérieure de l'intestin hernié devient ici inférieure, puis antérieure, et reste toujours extra-péritonéale. Le fond du cul de sac péritonéal est donc situé au-dessous du sommet de l'anse; celle-ci, en se relevant, détermine la formation de deux replis péritonéaux qui se perdent à droite et à gauche en se confondant avec le péritoine pariétal.

En examinant le *péritoine iliaque et lombaire* on voit qu'il a subi une véritable traction vers la hernie, comme si le colon descendant avait été attiré par elle; il y a ainsi un certain nombre de replis péritonéaux formés, obliquement descendants de la paroi vers l'anneau inguinal. En réclinant en dedans le colon, on voit ceux qui sont situés à sa gauche; deux sont particulièrement marqués; en bas, un large repli péritonéal inséré au-dessus de la crête iliaque, se dirige en bas et en dedans vers le segment du colon qui répond à l'anneau herniaire, et là, s'élargit en éventail en le recouvrant; en haut, du sommet de la 11^{e} côte saillante dans la cavité abdominale, et du pôle inférieur de la rate, se détachent deux replis dirigés, en bas et en dedans, allant tous deux à ce qui représente l'angle splénique, fortement effacé par le renversement en

dedans de l'intestin. Ces replis, tant supérieur qu'inférieur, disparaissent si on fait subir une traction en sens opposé à leurs deux feuillets péritonéaux; il n'y a pas là de ligaments proprement dits; ils s'allongent si on vient à tirer sur l'intestin, et tendent à devenir verticaux.

En réclinant l'intestin en dehors (Fig. 3), on voit ceux qui sont situés à sa droite. Ils rayonnent de la face antérieure de l'aorte, au niveau du bord supérieur de la crête iliaque, vers la concavité de de l'anse herniée. Trois de ces replis sont particulièrement marqués. L'un (1) presque vertical, longe le bord interne du psoas au-dessus duquel il est situé; au niveau du collet de la hernie, il s'élargit en éventail, et ses branches de bifurcation se jettent sur la concavité de l'anse intestinale. L'autre (2) mince dans toute sa hauteur, disparait sur le bord inférieur de l'anneau herniaire sous l'éventail formé par le repli précédent. Il est bien moins saillant que ce dernier. Les deux replis limitent une sorte de fosse ovale, dont le fond répond au muscle psoas et sous lequel transparait l'uretère. Le troisième repli (3), bien moins accentué, se dirige vers la partie du colon qui tapisse la fosse iliaque. Au-dessus de lui apparait la saillie du rein, dont le pôle inférieur déborde la crête iliaque.

Après dissection du péritoine au niveau des replis, on remarque que, si les replis péritonéaux situés en dehors de l'anse ne présentent aucun élément à leur intérieur, ceux qui sont situés en dedans de l'anse sont déterminés par la *saillie des vaisseaux* (Fig. 4). Le repli 1 est déterminé par l'artère mésentérique inférieure. On en voit naitre l'hémorrhoïdale supérieure qui plonge directement dans la cavité pelvienne, les sigmoïdes, et l'artère colique gauche inférieure qui irrigue la moitié supérieure de la branche gauche de l'anse herniée; la quatrième branche de l'artère mésentérique inférieure est la colique gauche supérieure. Née en son milieu, elle se dirige d'abord verticalement en haut, parallèlement au bord gauche de la mésentérique, puis se recourbe et se dirige en bas et en dehors, vers le segment du gros intestin en regard de l'épine iliaque antéro-supérieure, en déterminant le troisième repli péritonéal.

Quant à l'artère du colon transverse, née de la mésentérique supérieure, elle est fortement attirée à gauche, et détermine la formation d'un repli péritonéal sur le feuillet inférieur du mésocolon transverse. La veine mésentérique inférieure, longe la face gauche de l'aorte, et s'enfonce presque verticalement sous le pancréas. Il n'y a plus de crosse, ni d'arc vasculaire de Treitz.

Le repli péritonéal 2 est formé par les vaisseaux spermatiques. En bas, ils croisent le bord inférieur de l'anneau; en haut, la veine spermatique se jette dans la veine rénale; la traction qu'elle lui fait subir détermine un coude et une déformation en angle de sa paroi inférieure. L'artère spermatique prend naissance sur une artère rénale inférieure anormale.

En poursuivant la dissection, on aperçoit les *déformations et déviations de l'aorte* (fig. 5). L'artère mésentérique inférieure tirée vers l'anneau herniaire a coudé l'aorte en attirant en bas et à gauche son segment sus-jacent et repoussant en bas et à droite son segment sous-jacent; il en résulte une coudure à convexité gauche et un abaissement général de l'aorte ; en effet la bifurcation se fait sur le flanc droit de la 5e lombaire, au niveau de son bord inférieur. Les iliaques primitives sont presque horizontales, et forment avec les iliaques externes un angle presque droit, sur la branche horizontale duquel passe l'uretère. — La mésentérique inférieure nait au niveau du disque intervertébral séparant les 3e et 4e lombaires. Quant aux vaisseaux rénaux, leur origine est abaissée de plus d'une vertèbre ; l'artère rénale droite se rend au pôle supérieur du *rein* correspondant, et l'attire en dedans; sa direction oblique en bas vers l'aorte, se continue en ligne droite avec l'artère mésentérique inférieure ; l'artère rénale droite, l'artère mésentérique inférieure et le segment de l'aorte intermédiaire à l'origine de ces deux vaisseaux, forment une même ligne oblique du pôle supérieur du rein droit au collet de la hernie. Le rein droit n'est pas abaissé, son pôle inférieur est à 3 cent. 1/2 de la crête iliaque. Le rein gauche est vertical, abaissé, son pôle inférieur déborde d'environ 1 cent. la crête iliaque. Il possède deux artères, l'inférieure est atttirée par l'artère spermatique gauche qui en nait.

Il n'y a aucune trace de lésions athéromateuses des gros vaisseaux.

Obs. 2. — *Hernie de l'intestin grêle, amorce de hernie par glissement avec bascule du colon descendant, descente du rein, déformations vasculaires.*

Cette observation provient d'un sujet de notre pavillon à l'Ecole Pratique. Il s'agit d'un homme vigoureux fortement musclé, de 40 à 50 ans, porteur d'une hernie inguinale gauche descendant jusqu'au 1/3 moyen de la cuisse.

La hernie contient une longue anse d'intestin grêle. A sa partie

supérieure, près du collet apparaissent le cæcum et l'appendice. (Ces organes sont réduits, dans la fig. 6).

La *disposition du gros intestin* est particulière. Le colon ilio, pelvien est relevé et couché contre la paroi postérieure de la fosse iliaque si bien qu'on aperçoit la face postérieure de son méso, et que la convexité de l'anse est supérieure. Le méso est long et large et laisse l'anse en partie mobile. Le colon descendant est attiré vers le collet de la hernie, par le péritoine qui forme le sac en arrière ; on voit en effet un repli péritonéal, tendu du colon descendant jusqu'au dessous du collet; le colon est directement appliqué sur la paroi postérieure de la fosse iliaque, il n'a point de méso, une partie de sa face postérieure est extrapéritonéale.

Tout le péritoine de la fosse iliaque et de la région lombaire. a subi une traction par le fait de la distension du sac herniaire, ce qu'indiquent les plissements qu'on voit sur la séreuse à ce niveau, plis qui convergent vers le collet de la hernie. D'autre part un repli péritonéal contenant l'artère mésentérique inférieure tendue comme une corde, relie le colon iliopelvien par l'intermédiaire de son méso à la colonne lombaire, et empêche tout abaissement de l'intestin par traction, vers la hernie. Le péritoine s'enroule autour de ce méso. En résumé, la position de l'intestin est celle décrite pour les hernies du cæcum sous le nom de bascule : Le colon descendant, apparait au collet de la hernie en bas et en dehors, le colon iliopelvien est relevé en haut et en dedans, dans l'abdomen; la bascule s'est faite autour du repli de l'artère mésentérique inférieure comme pédicule (fig. 6 et 7).

On aperçoit, dans la fig. 6, le pôle inférieur du *rein*, à travers une incision faite au péritoine pariétal postérieur. Il est là, dépassant la crête iliaque, en situation anormale. La dissection après ablation de l'intestin, montre cet abaissement d'une façon évidente ; son pôle inférieur était au niveau du bord inférieur de la 12e côte. Le rein gauche était donc abaissé par le fait de la traction du péritoine et du colon. Le rein droit était en situation normale.

Quant aux *vaisseaux*, ils présentent des déformations particulières. (Les vaisseaux étaient injectés au suif, et les rapports ont été soigneusement déterminés sur la colonne vertébrale). L'aorte est, dans sa portion abdominale supérieure, déviée à gauche d'une façon notable ; elle descend verticalement, jusqu'à la naissance de la mésentérique supérieure, c'est-à-dire jusqu'au disque qui sépare la 1re de la 2e lombaire, puis elle se dirige presque horizontalement en bas et à droite, atteint le flanc droit de la colonne vertébrale, et enfin descend un peu obliquement à gauche, présentant dans

cette dernière portion la naissance de la mésentérique inférieure au niveau du bord supérieur de la 3e lombaire, et se bifurque sur le bord supérieur de la 5e lombaire. Les vaisseaux iliaques subissent le contre coup de ces déformations, et notamment l'iliaque primitive du côté gauche est coudée sur elle-même comme l'indique la fig. 8. En résumé l'aorte est déviée, déformée, abaissée, et on peut comparer son trajet à celui d'une baïonnette ; la traction de la mésentérique supérieure par le fait de la hernie de l'intestin grêle en est la cause. La veine cave inférieure est attirée à gauche par la traction du rein gauche abaissé, et passe avec la troisième portion du duodénum dans la pince formée par l'aorte en arrière, la mésentérique supérieure en avant. Les vaisseaux ne présentaient aucune lésion d'athérome.

Obs. 3. — *Hernie par glissement du colon ilio pelvien.*

Emile H., âgé de 54 ans, entre à l'hôpital Laennec, le 16 juillet 1903, salle Malgaigne dans le service de M. le professeur Reclus, lit N° 12, pour une hernie inguinale gauche.

C'est un homme bien musclé, puissant, qui n'a jamais été antérieurement malade. Sa hernie a débuté il y a 20 ans environ, à la suite d'un violent effort, dit-il ; pendant longtemps, elle n'a occasionné ni douleur ni gêne ; elle rentrait facilement et était bien maintenue par un bandage approprié. Malgré cela, elle augmentait peu à peu de volume ; depuis plusieurs années elle était devenue douloureuse, rentrait plus difficilement. Des troubles digestifs sont apparus, le malade présentait des périodes de constipation, pendant lesquelles la hernie devenait plus dure et plus tendue. Enfin, tout travail pénible devenait impossible, le bandage n'était plus toléré, et le malade se détermine à réclamer une opération.

A son entrée à l'hôpital, la hernie est un peu plus grosse que le poing. Elle rentre difficilement, mais par des pressions répétées, on arrive à la réduire ; l'anneau est large, et admet facilement deux doigts. Mais elle reparait immédiatement, et se reproduit avec gargouillement.

L'opération est pratiquée le 20 juillet par M. Reclus. Aide M. Baumgartner. Anesthésie locale à la cocaïne. L'incision est faite sur le trajet inguinal. La couche de tissu graisseux est assez épaisse. Après incision de l'aponévrose du grand oblique, on cherche le sac, qui est facilement trouvé et incisé ; on voit qu'il est rempli par une anse de gros intestin, facilement reconnaissable à ses bandes longitudinales, et à ses appendices épiploïques graisseux, mais peu volumineux. Cette anse est en forme de fer à cheval.

Lorsqu'on prie le malade de tousser elle vient remplir en totalité le sac. En voulant réduire l'intestin, on s'aperçoit que cette réduction est très difficile en totalité; et au moindre effort du malade l'intestin tend à faire issue; en effet l'intestin adhère à la paroi postérieure du sac, près du collet et lui est relié par son méso, véritable adhérence charnue naturelle ; le méso présente une couche de graisse assez marquée; son insertion sur le sac n'a que 4 à 5 centimètres d'étendue à partie du collet de la hernie; sa largeur n'est que de deux travers de doigts.

On dissèque alors le sac et on le sépare soigneusement des tissus environnants et du cordon; on le relève alors avec l'intestin, et on sépare aux ciseaux l'insertion du méso du tissu cellulaire des bourses; quelques vaisseaux sont alors sectionnés et trois fils sont placés. La séparation est poussée jusqu'au collet. Le méso détaché par sa base d'insertion, présente les vaisseaux nourriciers de l'anse du gros intestin herniée. L'intestin se réduit ensuite facilement, et le sac est sectionné au ras du collet, et au ras du bord inférieur du méso intestinal; il est suturé, le moignon réduit; la paroi est ensuite soigneusement réparée par le procédé de Bassini après effrondrement du fascia transversalis pour permettre une prise solide du tendon conjoint et des tissus fibreux rétro-pariétaux. Suture au catgut, sutures de la peau au crin de Florence. Pansement à la gaze stérilisée. L'opération a duré 30 minutes; le malade n'a ressenti aucune douleur.

Les suites de l'opération furent simples; cependant. le 10e jour en enlevant les fils, on constate une légère suppuration superficielle. Lavages à l'eau oxygénée et pansement. Le malade sort de l'hôpital, guéri, un mois après son entrée.

Obs. 4. — *Hernie inguino-interstitielle, enkystée dans la vaginale et par glissement, du cæcum et de l'appendice.*

Le nommé Amédée M. âgé de 43 ans, entre dans le service de M. le Professeur Poirier, à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, lit n° 9, le 25 Octobre 1902, pour une hernie inguinale droite, et une pointe de hernie inguinale gauche.

La hernie date de 5 ans; à gauche, la paroi a faibli depuis quelques mois. Toutes deux sont réductibles.

Du côté droit, la hernie se produit d'une façon toute particulière; il y a plutôt éventration que hernie à proprement parler. De plus, l'intestin ne descend point dans les bourses, ne franchit point l'anneau inguinal externe, mais reste derrière l'aponévrose du grand oblique, se produisant nettement dans le canal inguinal

lui-même. Quand on fait tousser le malade, ou le fait mettre debout, on voit l'intestin qui forme tumeur au ras de l'arcade de Fallope, puis de nouvelles anses apparaissent dans la cavité herniaire, refoulant les premières en haut, de plus en plus à mesure que la tumeur herniaire, dont le volume finit par dépasser le volume du poing, s'accroit. On s'aperçoit ainsi que l'intestin, franchissant l'anneau profond, et ne trouvant pas d'issue superficielle, repoussé par la paroi antérieure fermée, remonte et distend le canal inguinal en refoulant vers l'ombilic sa paroi supérieure. En effet, quand la hernie est réduite, on ne sent pas d'orifice inguinal superficiel, par contre, en refoulant la paroi abdominale antérieure, on sent la dépression qui correspond à l'orifice inguinal profond, et qui parait pouvoir admettre trois doigts. Le testicule du côté droit manque. En le cherchant après réduction de la hernie, on finit par le sentir derrière la paroi antérieure du canal inguinal, au niveau de l'orifice profond; il parait de volume normal, extrêmement mobile, il disparait sous les doigts qui l'explorent, et semble refoulé en haut vers l'ombilic, par l'intestin qui fait hernie. Du côté gauche, pas d'ectopie testiculaire; pointe de hernie réductible; l'orifice externe est étroit.

Opération sous chloroforme, par M. Poirier; aide M. Baumgartner. — L'incision est faite parallèlement au trajet inguinal, partant au niveau et au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, et descendant obliquement vers l'épine pubienne. L'aponévrose du grand oblique est mise à nu. L'orifice inguinal est fermé; seul, un gros filet nerveux s'échappe par un interstice aponévrotique, au-dessus de l'epine, et descend dans les bourses et vers le pubis. L'aponévrose est fendue. On tombe dans une vaste cavité d'aspect séreux, contenant environ 50 gr. d'un liquide citrin et limpide, cavité limitée superficiellement par l'aponévrose du grand oblique, profondément par le fascia transversalis, et s'étendant en haut vers l'ombilic, dont elle reste distante de 4 travers de doigts. Dans cette cavité, joue le testicule et la terminaison du canal déférent; cet organe y est fort mobile, et peut être facilement attiré au dehors; il est de dimensions normales, mais aplati en galet. L'épidydime est normal. Cette cavité n'a aucun orifice de sortie libre; seul le canal déférent et quelques vaisseaux venus de l'orifice inguinal profond y pénètrent; mais on ne peut glisser une sonde entre le cordon et le collet de cet orifice. A ce moment, le malade faisant un effort de vomissement, on s'aperçoit que le feuillet séreux qui forme la paroi inférieure de la cavité se dédouble peu à peu sous la poussée d'une anse intestinale; il y a là un véritable

sac herniaire distinct mais uni à la séreuse testiculaire. L'intestin distend son sac et le refoule dans la cavité vaginale agrandie. Il s'agit donc d'une variété intrapariétale de hernie enkystée de la tunique vaginale. On ouvre le sac qui contient une anse d'intestin grêle; il est vaste, et pourrait contenir le poing. L'anse est facilement réduite. Le collet est large; il est situé en dehors et au-dessous du point par lequel le canal déférent pénétrait dans la cavité vaginale ; il n'en est séparé que par un feuillet péritonéal. En examinant *la paroi postérieure et externe du sac herniaire*, on y trouve adérents l'appendice et le cæcum ; en effet, la base de l'appendice et le cæcum sont extra-péritonéaux; toute leur face postérieure prend contact avec le tissu cellulaire très lâche de la fosse iliaque ; seule, la pointe de l'appendice est libre. La facilité avec lesquels on les attire fait penser que cette partie du gros intestin, devait faire partie du contenu herniaire. Le sac est sectionné au collet et suturé au catgut au-dessous de l'intestin adhérent; celui-ci est réduit facilement. Le testicule est attiré, avec le cordon, dans la bourse droite; elle est creusée à cet effet, et le testicule s'y loge aisément. La paroi postérieure du canal inguinal est réparée, mais les tissus fibreux sont peu abondants. La paroi antérieure est également refaite ; un orifice unique laisse passer le cordon du bassin dans les bourses. Suture de la peau. Drain.

Il s'agit, en somme, d'une ectopie testiculaire inguino-interstitielle avec épanchement dans la vaginale; canal vagino-péritonéal oblitéré; hernie inguinale ayant franchi l'anneau profond, puis repoussée par la paroi superficielle, ayant refoulé le testicule et sa cavité vaginale. Enfin, disposition anormale du cæcum et de l'appendice, et amorce de hernie par glissement congénital du gros intestin, le péritoine de la fosse illiaque étant absorbé par la paroi postérieure du sac.

Les suites de l'opération furent normales ; guérison perprimam ; le malade quitta l'hôpital guéri, et avec un bandage herniaire.

Obs. 5. (Due à l'obligeance de M. Ch. Monod.) — *Hernie par glissement de l'S Iliaque.*

Il s'agit d'un homme de 50 ans, porteur d'une hernie inguinale gauche engouée. La hernie date de trois ans; elle a d'abord été réductible; depuis 6 mois, des douleurs sont apparues avec troubles digestifs; la hernie est devenue partiellement puis complètement irréductible.

Actuellement, on constate une tumeur herniaire irréductible, douloureuse seulement au niveau du pédicule, et modérément ten

due. Elle est mate. Son volume égale les deux poings. La constipation est opiniâtre depuis plusieurs jours, le ventre est légèrement ballonné; mais des gaz ont été rendus dans la matinée. On fait le diagnostic probable d'épiplocèle irréductible, enflammée et adhérente.

L'opération est pratiquée le 22 janvier 1895. On fait une longue incision abdomino-scrotale; on tombe vite sur le sac qui est ouvert au bistouri. Il contient une masse énorme de gros intestin relié par son méso au sac. L'intestin est bien dans le sac, et on peut arriver aisément à le réduire; mais son méso reste adhérent à la paroi postérieure même du sac, tant en deça qu'au delà du collet de la hernie. Le sac présente des traces de péritonite ancienne, il est très épaissi; les appendices épiploïques du gros intestin sont indurés. La paroi même de l'intestin est dure et sa palpation donne la sensation d'une tumeur lobulée. On se met en devoir de disséquer le sac. Cette dissection est extrêmement laborieuse, particulièrement en arrière, là où vient s'insérer le méso intestinal. On ne peut arriver à la pousser jusqu'au collet, et on abandonne la dissection, de peur de blesser des vaisseaux dont quelques-uns ont déjà donné du sang. Le sac est ensuite lié à la soie juste au-dessous de la partie du méso qui reste adhérente aux parois scrotales. Il est sectionné, et toute la masse est refoulée et réduite dans le ventre. Sutures à la soie de la paroi abdominale, par trois points en U, qu'on a de la peine à placer, étant gêné par le collet refoulé du sac. Sutures de la peau au crin de Florence.

Suites. — Hématome volumineux des bourses. On fait sauter quelques points de la suture superficielle, et la plaie donne issue à de la sérosité sanguinolente, et à quelques caillots. Drainage.

Guérison au bout d'un mois.

Obs. 6. (Due à l'obligeance de M. Ch. Monod.) — *Hernie par glissement de l'S Iliaque.*

Un malade âgé de 45 ans entre le 10 novembre à l'hôpital Saint-Antoine; il est porteur d'une volumineuse hernie inguinale, distendant la bourse gauche, et datant de deux ans.

A son entrée à l'hôpital, la hernie forme une masse grosse environ comme les deux poings, sonore; à la palpation, on sent des masses fibreuses, des bosselures, qui font penser au gros intestin et à ses appendices épiploïques. L'anneau inguinal est fort large. A droite, on trouve un anneau légèrement dilaté. De ce côté, le testicule est volumineux, dur, et parait criblé de petits kystes.

L'opération est pratiquée le 12 novembre 1895, sous anesthésie chloroformique. On fait une longue incision abdomino scrotale, dont le milieu répond au collet du sac. On cherche le sac. qui est difficile à trouver. On l'incise enfin près de l'anneau; apparait alors une anse de gros intestin à laquelle sont appendus des appendices épiploïques, volumineux, quelques uns durs et fibreux. Cette anse n'est pas complètement libre; le péritoine qui l'entoure vient former un méso sur son bord postérieur, méso très court qui se fixe d'autre part sur le sac lui-même, sur sa paroi postérieure depuis le collet de la hernie jusque près du fond du sac. Pour arriver à disséquer le méso, on agrandit l'incision en haut et en dehors. Le sac est libéré, mais cette dissection est pénible; les difficultés augmentant au niveau de l'insertion du méso; en tirant sur l'intestin, on arrive cependant avec les ciseaux à détacher le bord pariétal du méso jusqu'au niveau du collet du sac, qui est largement mis à découvert. L'intestin rentre ainsi progressivement; il se produit une hémorrhagie importante. Le tout est alors réduit, et il ne reste plus que les débris du sac, qu'on résèque ; puis la sereuse est suturée, au-dessous de l'intestin réduit, au niveau du collet. La paroi est ensuite refaite avec soin, par des points séparés, suivant le procédé de Bassini. La peau est suturée au crin. On met un drain, et on panse à la gaze stérilisée... Les suites sont normales. Le pansement refait au 10e jour, les fils et le drain enlevés. Le malade, complètement guéri, quitte l'hôpital le 10 décembre.

Il est revu deux mois après. On ne constate ni pointe de hernie, ni impulsion au niveau de la cicatrice qui paraît solide. Cependant, on conseille le port d'un bandage.

Obs. 7. (Due à l'obligeance de M. Pierre Duval.) — *Hernie par glissement du gros intestin cœcum, appendice, colon ascendant ; cure radicale par le procédé de Savariaud.*

V. Albert, 4 ans, entre le 11 février 1901 dans le service de M. le Professeur Lannelongue, salle Giraldés n° 7, pour une hernie inguinale droite. Hernie congénitale, très grosse, scrotale, partiellement réductible ; pas de liquide dans la vaginale.

Opération le 14 février. Incision parallèlle au canal inguinal, de l'épine pubienne à la hauteur de l'épine iliaque ant-sup. Incision du grand oblique. Incision du sac sur sa face antérieure. Le contenu de la hernie est formé par deux anses grêles libres, tout le cœcum avec l'appendice, le colon ascendant. Adhérence charnue naturelle dans toute la hauteur du sac en arrière et en dehors;

avec les vaisseaux coliques, de nombreux et gros ganglions lymphatiques. Ablation de l'appendice par décollement d'une manchette péritonéale, et enfouissement péritonéocæcal du moignon par double rangée de sutures. L'incision du sac est ensuite suturée par un surjet au catgut. Le petit oblique et le transverse, le fascia transversalis sont sectionnés jusqu'au dessus de l'épine iliaque antsupérieure. Le sac est disséqué jusque dans la fosse iliaque par décollement du péritoine iliaque, jusque devant la vessie; de même en haut derrière la paroi, en bas derrière la branche ilio-pubienne. Retournement du sac en doigt de gant, par pression centrale ; la réduction n'offre aucune difficulté. Reconstitution de la paroi à 3 plans au devant des éléments du cordon, abaissement des petit oblique et transverse à la partie basse.

Suites opératoires parfaites. T. 37. P. 100. — 18 février. T. 37.

Obs. 8. (Due à l'obligeance de M. Alglave.) — *Hernie par glissement.*

Homme de structure puissante, du poids de 110 kilos, qui a toujours joui d'une bonne santé générale. Il a un ventre énorme. Il vient à l'hôpital de la Pitié pour une hernie inguinale gauche, apparue il y a trois ans à la suite d'un violent effort. Entre salle Michon, lit 26, le 30 octobre 1903, dans le service de M. le prof. Terrier. Cet homme, qui est fort aux Halles, porte parfois des charges de 150 kilogrs. et plus.

Actuellement, la tumeur herniaire a le volume d'une tête d'enfant nouveau-né. Elle n'occasionne pas de douleurs, mais elle gêne le malade pendant la marche et dans l'excercice de son métier. Le testicule se trouve refoulé à la partie tout inférieure de la tumeur. L'état général du malade est très bon. Rien d'important dans ses antécédents. Ne tousse jamais; cœur et poumons en apparence normaux; ni sucre, ni albumine dans les urines.

Opération le 3 novembre 1903 par M. Alglave ; aide M. Gernez, chloroformisateur, M. Boureau. Durée de l'opération, 1 h 3/4. Quantité de chloroforme absorbé 90 cmc. Le malade est mis en position inclinée de Trendelenbourg. Incision longue d'abord de 15 cm. pratiquée au-dessus de l'épine pubienne. Mise à découvert de la masse herniaire sous une couche graisseuse de 8 à 10 cm. d'épaisseur. Incision de l'anneau inguinal externe où s'insère directement la masse. Le sac est cherché au niveau du pédicule de la hernie, à la sortie du canal inguinal. Il est ouvert, et les franges graisseuses qui apparaissent montrent tout de suite qu'il s'agit d'une hernie de l'S Iliaque. La disposition qui existe est la suivante : Il y a un

diverticule péritonéal à la partie antérieure et supérieure de la masse herniaire, et le reste de celle-ci est formé par un segment, disposé en fer à cheval, de l'S Iliaque. Se segment de l'S présente sur son bord concave, supérieur, péritonisé de nombreuses franges graisseuses, épaisses et dures, qui tout à l'heure rendront la réduction de la masse particulièrement difficile. Ce bord supérieur péritonisé du fer à cheval et par lequel l'anse parait retenue, est évidemment le bord de l'S, qui était libre quand celle-ci était en situation normale dans le ventre. Par rapport à la circonférence de l'S le péritoine, sur le segment hernié, ne revêt plus qu'un quart environ de la circonférence et porte de nombreuses franges graisseuses. Autour de la masse herniaire, il existe beaucoup de tissu graisseux; Il y en a un peloton particulièrement volumineux à sa partie inférieure, et qu'elle semble avoir poussé devant elle, dans sa descente. La disposition des parties étant reconnue on libère la masse herniaire des éléments constituants du cordon testiculaire. Ceux-ci sont placés au côté externe de la masse. L'adhérence est assez intime entre le cordon et la hernie, et leur séparation entraine un saignement assez abondant. Puis on libère aussi haut que possible, depuis le scrotum jusque dans le canal inguinal, la face postérieure de la masse, mais sans cliver trop près de l'intestin pour n'en pas léser les vaisseaux nourriciers. Néanmoins, il en résulte un saignement assez abondant, en de nombreux points, et il faut un grand nombre de ligatures pour faire l'hémostase complète. L'hémostase terminée, on résèque la presque totalité du péritoine, ne laissant qu'un liseré de séreuse attenant à l'intestin, pour le plisser en bourse après réduction de l'anse, et le relever aussi haut que possible. Des pinces sont placées sur ce liseré pour le repérer. La réduction est tentée à ce moment-là. Elle est rendue impossible par l'étroitesse relative de l'anneau inguinal profond et le nombre, le volume, la dureté des franges graisseuses de l'intestin. Aussi pour y parvenir on incise en travers les fibres du petit oblique et du transverse pour arriver largement sur l'anneau profond et la cavité péritonéale. L'incision est ainsi agrandie de 7 à 8 cm. et arrive presque dans le plan transversal de l'ombilic. Grâce à cette ouverture la masse herniaire libérée comme on l'a vu et poussée de bas en haut et d'arrière en avant parvient à rentrer dans le ventre. Le péritoine est fermé en bourse, et le pédicule de la bourse est relevé aussi haut que possible suivant la manœuvre de Barker. La paroi musculaire est ensuite refaite avec beaucoup de soin par de nombreux points en U et à la soie. Malheureusement, la suture est rendue difficile par l'énorme couche de graisse sous-cutanée et la profon-

deur à laquelle il faut aller rapprocher les muscles coupés. Après suture des muscles oblique et transverse, on rapproche le tendon conjoint de l'arcade crurale suivant la méthode de Bassini et en reportant le cordon aussi haut que possible. Les lèvres de l'aponévrose du grand oblique sont rapprochées sous le cordon à la manière de Phlebs; l'anneau inguinal externe se trouve ainsi fortement élevé et le cordon placé sous la peau et la couche graisseuse sous-cutanée. L'ouverture cutanée est fermée par des points séparés, au crin de Florence, les uns profonds, les autres superficiels.

Les suites de cette laborieuse opération furent simples, la réunion eut lieu par première intention, et le 3 décembre, 29 jours après l'opération le malade quittait le service de M. Terrier parfaitement guéri et porteur d'une ceinture abdominale qu'il conservera pendant deux mois.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS RÉSUMÉES DE HERNIES PAR GLISSEMENT

	Observations		
I[e]	1 à 34	Hernies du cæcum,	inguinales droites, non compliquées.
II[e]	35 à 56	—	— — étranglées.
III[e]	57 à 65	—	— — autres complications.
IV[e]	66 à 75	—	— — pièces anatomiques.
V[e]	76 à 78	—	— gauches, non étranglées.
VI[e]	79	—	— — étranglée.
VII[e]	80 à 81	—	crurales droites, étranglées.
VIII[e]	82 à 84	Hernies de l'appendice	inguinales droites, non compliqués.
IX[e]	85 à 90	—	— — compliquées
X[e]	91	—	— — pièce anatomique.
XI[e]	92 à 95	—	crurales droites, compliquées.
XII[e]	96 à 135	Hernies de l'S iliaque	inguinales gauches, non compliquées.
XIII[e]	136 à 147	—	— — étranglées.
XIV[e]	148 à 158	—	— — pièces anatomiques.
XV[e]	159	—	crurale gauche, étranglée.

I. — HERNIES DU CÆCUM, INGUINALES DROITES, NON COMPLIQUÉES

1. **Alglave.** *Thèse de Labadie-Lagrave.* Paris 1903-04.

Obs. 7. — H..., 40 ans. Hernie comme le poing, datant de 8 ans, partiellement réductible. Un premier sac plein de liquide, formé par un canal vagino-péritonéal oblitéré en haut : puis un 2[e] sac, derrière lequel sont le cæcum et l'appendice extrapéritonéaux. Réduction après résection du sac et fermeture du péritoine. Barker. Guérison.

2 et 3. **Berger.** *Labadie-Lagrave.* Loc. cit.

Obs. 1. — H..., 52 ans. Hernie énorme, récidivée. Dans le sac une partie du colon transverse, des anses grêles, le cæcum, et le colon ascendant, celui-ci fixé au collet par son méso ; mais tout le cæcum et l'appendice sont extrapéritonéaux. Réduction difficile. hémorrhagie notable ; décollement du péritoine de la fosse iliaque, dans laquelle on laisse l'appendice intact. Fixation à la Barker. Guérison.

Obs. 4. — H..., 54 ans. Grosse hernie incoercible, partiellement réductible. Un premier sac kystique, fermé partout ; puis un 2e en continuité avec le premier, dans lequel est l'appendice, inséré par son méso jusqu'au fond du sac, et le cæcum adhérent à la paroi postérieure du sac. Résection de l'appendice et du sac, réduction. Barker. Guérison.

4 et 5. **Broca**. *Thèse de Renault.* Paris 1897-98.

Obs. 20. — G..., 18 mois, a une hernie inguinale gauche et une ombilicale. Le 1/3 supérieur de l'appendice et le cæcum sont fixés par un méso assez long et large à la paroi postérieure du sac. Section du méso. Réduction. Guérison.

Obs. 27. — G. 28 mois. Hernie datant de la naissance, comme une mandarine; irréductible. Le sac contient l'appendice et le cæcum, qui adhèrent par leur face postérieure. Réduction par bascule après résection partielle du sac. Guérison.

6. **Brunswick. Renault**

Obs. 15. — G..., 10 ans. Hernie datant de la naissance. Douloureuse, réductible. Le cæcum et l'appendice sont trouvés dans un sac incomplet. Résection partielle du sac. Guérison.

7. **Cerné**. *Normandie méd.* 1889, p, 189.

H,.., 60 ans. Hernie atteignant le 1/3 inf. de la cuisse. Hernie inguinale, opérée dans la même séance. (V. obs. 106). Incoercibles. Dans le sac : Epiploon et intestin grêle adhérents entre eux. En arrière du sac : l'appendice volumineux atteignant le testicule. Le cæcum est au collet, recouvert de péritoine seulement sur son 1/4 antérieur. Décollement, refoulement, après résection de l'appendice et du sac. Suppuration, fistule stercorale, enfin guérison. 3 mois après, on sent une impulsion à la toux, sur la cicatrice.

8 et 9. **Coley**. *Annals of Surgery*, mars 1897.

Obs. 11. — G.., 4 ans. Hernie récidivée. Le cæcum est partout adhérent aux parois scrotales, et on ne trouve point de sac. Réduction. Guérison.

Obs. 14. — G..., 14 ans. Hernie congénitale volumineuse. Le cæcum n'est point recouvert de péritoine en arrière. Réduction. Guérison.

10. **Dujarrier**. *Labadie-Lagrave.* Loc. cit.

Obs. 8. — H. 51. ans. Hernie datant de 26 ans, comme le poing; presque totalement réductible. Hydrocèle à gauche. Cæcum dépourvu de péritoine en arrière. On refait le méso par un surjet qui péritonise cette portion du cæcum. Réduction facile. Guérison.

11. **Escher**. *Langenbecks Archiv.* 1892, XLIII.

Obs. 19. — H..., 43 ans. Double hernie inguinale. Une partie du cæcum en dehors du sac. En l'isolant, on coupe le déférent et l'artère spermatique, ce qui nécessite la castration. L'appendice était dans l'abdomen. Guérison.

12 et 13. Félizet. Hernies inguinales de l'enfance, 1894.

Obs. 57. — G..., 10 mois. Hernie congénitale. Coliques continues. Dans le sac de l'épiploon, et le cæcum et l'appendice fixés par un méso. Refoulement du sac avec son adhérence. Guérison.

Obs. 59. — G..., 5 ans 1/2, malingre. Hernie comme le poing. Dans le sac intestin, cæcum et appendice sont fixés au sac sur 5 c. m. par un fort méso, très vasculaire; résection de l'appendice. Guérison, après légère suppuration.

14 à 18. Gross. *Soc. de méd. de Nancy*, 26 avril 1899.

Obs. 1. H..., 42 ans. Hernie incoercible du cæcum. Récidive.

Obs. 2. H..., 38 ans. Hernie du cæcum et de l'appendice. Récidive.

Obs. 3. H..., 57 ans. Refoulement par glissement sur le tissu cellulaire rétrocæcal de l'instestin. Guérison.

Obs. 4. — H..., 63 ans. Réduction facile par décollement. Guérison.

Obs. 5. — G.... 4 ans. Réduction par glissement, guérison.

19 et 20. G. Gross. *Archiv. provinciales de chirg.*, Juin 1903.

Obs. 2. — H..., 62 ans. Hernie gauche. Hernie droite depuis 8 jours, irréductible et douloureuse.

Lipome préherniaire. Rien dans le sac. En arrière, cæcum et appendice, unis aux tissus par des adhérences très vasculaires. Réduction de tout en masse. Guérison.

Obs. 4. — G..., 3 ans 1/2. Hernie comme une poire, congénitale. Réductible, mais se reproduisant facilement.

Le sac contient le colon ascendant, une partie du colon transverse, l'appendice et le cæcum; ce dernier, avec l'extrémité inférieure du colon ascendant, extra-sacculaires par leur face postérieure. L'adhérence est sectionnée entre deux ligatures, à distance du cæcum. Réduction. Guérison.

21. Halsted. *Gibbon, Journal américan.*, 1898. I. p. 1386.

H..., 48 ans, Hernie très volumineuse.

On trouve le cæcum et l'appendice. Une partie du sac est constituée par le méso appendice. Guérison.

22. Hulke. *Lancett*, 1890. I. 243.

G. Hernies volumineuses, bilatérales; irréductibles, on arrive directement sur la paroi musculaire du cæcum. L'appendice est

extra-péritonéal. Le colon ascendant est uni au collet par un méso. Réduction difficile.

23. **Kroenlein**. *Pfister Inaug. Diss.* Zurich. 1883. p. 33. H..., 39 ans, hernie congénitale, douloureuse, irréductible.

On trouve le cæcum et l'appendice, et une partie du colon ascendant adhérent en arrière au scrotum. Il n'y a pas de sac à ce niveau. Guérison.

24. **Laborde**. *Soc. anat.* 1862. p. 138.

H..., 48 ans, grosse hernie depuis 20 ans. Irréductible, douloureuse. L'intestin est adhérent en haut et en arrière; il est libre dans le reste de l'étendue. La réduction est cependant facile. Décès. L'autopsie révèle que la partie adhérente était le cæcum et l'appendice, extra-sacculaires, faisant saillie sur la paroi postérieure du sac.

25-28. **Lucas Championnière** *Traité des hernies*. 1892.

Obs. 26. — H..., 19 ans, Dissection très difficile à cause du glissement du colon avec son méso colon. Guérison.

Obs. 33. — H..., 64 ans, dans le sac, intestin grêle et gros intestin en quantité. Le méso colon adhère au collet. Récidive un an après.

Obs. 51. — H..., 23 ans. Double hernie ing. (Voir obs. 117). A droite, gros intestin glissé avec son méso colon sur le collet. Guérison.

Obs. 93. — H..., 53 ans. Cæcum, colon, anse grêle, dans le sac. La réduction du cæcum qui adhère à la paroi postérieure du sac, ne peut être obtenue qu'après incision du méso, et hernio laparotomie. Guérison.

29. **Michel**. *Lallement. Thèse de Nancy*. 1898-99, obs. 9.

H..., hernie depuis 2 ans, comme une mandarine, irréductible. Cæcum avec adhérence charnue postérieure. Le méso cæcum constituait le sac. Section du méso loin de l'intestin. Réduction après décollement et résection du sac. Guérison.

30-31. **Vautrin**. *Lallement*. Loc. cit.

Obs. 6. — H..., 45 ans. Hernie depuis 10 ans; irréductible. Sac avec épiploon et appendice qui sont réséqués, et le cæcum. Celui-ci, incomplètement enveloppé de péritoine ne peut être décollé de B. en H.; hernio laparotomie. Péritoine incisé en dehors du colon asc. Décollement du colon, puis de H. en B. du cæcum. Réduction. Guérison.

Obs. 7. — H..., 32 ans. Hernie depuis 9 ans, incoercible. Sac avec intestin grêle, appendice, cæcum. Celui-ci a sa face post. en dehors du sac, sur 2 c. m. de long. Réduction. Guérison.

32. **Weir.** *méd. Record. Févr.* 1900. 312. obs. 9.

H..., 41 ans. Hernie depuis 8 ans, comme une tête d'enfant, irréductible. Dans le sac, intestin grêle, épiploon, cæcum, appendice, et une portion du colon ascendant. Ce dernier est sous-péritonéal, adhérent à la paroi post. et ext. du sac, on le libère, et on fait une autoplastie péritonéale sur la face cruentée de l'intestin, avec un lambeau emprunté au sac. Réduction. Géurison.

33-34. **Inédites.** *Obs.* 4 et 7.

IIe HERNIES DU CÆCUM, INGUINALES, DROITES, ETRANGLÉES

35. **Arnaud.** 1749. *Scarpa. Traité des Hernies.* Trad. Cayol. Paris 1812. p. 182.

H..., 60 ans. Hernie depuis 20 ans, jusqu'à mi cuisse. étr. depuis 6 j. Les intestins, cæcum, colon, ne faisaient qu'un avec le sac. Plaques de gangrène. Ligatures de vaisseaux du méso colon et du mésentère. Résection de l'intestin hernié. ouverture large du grêle. Guérison avec anus.

36. **Austin.** *Méd. Record.* 1891. I. 622.

H..., 25 ans. Hernie récente, grosse, étr. depuis 24 h. Pas de sac. Cæcum très adhérent aux tissus, congestionné; appendice libre. On ne peut réduire, qu'après hernio laparotomie ; l'ouverture de la cavité péritonéale, permet de vérifier l'absence de sac. Guérison.

37. **Bennett.** *Lancett.* 1890, I. 243.

H..., 25 ans. Incision involontaire du cæcum dans une portion extrapéritonéale. 3 pouces d'Iléon, sont invaginés dans le cæcum, avec la valvule. Epiploon dans le sac. Réduction de l'invagination et du cæcum impossibles. Anus. Mort.

38. **Czerny.** *Pfister.* Loc. cit. p. 18.

H..., 41 ans. Hernie depuis 5 ans, longue de 42 c. Cæcum et appendice complètement extra-péritonéaux. Petit cul-de-sac séreux en haut. Cure rad. Guérison.

39. **Da Costa.** *Gibbon.* Loc. cit.

obs. 63. — H..., 41 ans. Hernie depuis 15 ans. Dans le sac épiploon, iléon, cæcum, appendice, colon. Ce dernier n'est point recouvert de péritoine, en arrière. Guérison.

40. **Estor.** *Rev de chir.* 1902. I. p. 248.

Obs. 2. — G..., 4 mois. Hernie volumineuse. A l'incision issue de matières fécales. C'est le cæcum, on le suture. Débridement,

ce qui ouvre un sac contenant une anse grêle, et l'appendice. Résection de celui-ci. Réduction difficile. Décès.

41. Félizet. Loc. cit.

Obs. 60. — G..., 18 mois. Hernie depuis l'âge de 2 mois, étr. depuis 2 j. Appendice relié au sac par un méso très vasculaire ; cæcum entouré de séreuse dans ses 3/4 ant. Excision de l'app. Réduction facile après section du méso. Guérison.

42. Follet. *Soc. de chir.* Mars 1872.

H..., 30 ans. Hernie ancienne, volumineuse. Pas de sac. Le cæcum et l'appendice, ont entraîné près du collet, en avant, un petit cul de sac séreux. Réduction difficile. Mort.

43. Franchomme. *Soc. anat. clin. de Lille.* 1891. p. 13.

F.. , 48 ans. Hernie depuis 13 ans. Longue de 20 c. étr. depuis 5 j. Dans le sac épiploon, anse grêle, cæcum et appendice. Réduction impossible, à cause du colon qui est uni à l'anneau par son méso. Hernio-laparotomie. Guérison après léger sphacèle de la peau.

44. G. Gross. Loc. cit.

Obs. I. — H. 53 ans. Hernie depuis 10 ans, comme une mandarine ; étr. depuis 24 h.

Fond du cæcum et appendice libres en haut et en avant, petit cul de sac péritonéal. En arrière le cæcum extra-péritonéal, reçoit de nombreux vaisseaux gros comme une radiale. Libération impossible ; hémorrhagie notable. On laisse l'intestin en place. Guérison avec persistance à la hernie.

45. Heulard d'Arcy, *Revue de Malgaigne.* 1853. XIV. 27.

F..., 46 ans. Hernie depuis 1 an. On ne rencontre aucun sac autour du cæcum. Réduction difficile à cause des adhérences avec les tissus.

46. Heydenreich. Froelich. *Gazz. Hebd.* 1899. 385.

Obs. 1. — H..., 36 ans. Hernie depuis 4 ans, comme le poing; étr. depuis 3 j. Dans le sac, l'intestin grêle. Cæcum, en arrière; son 1/3 post. est en dehors du sac. Libération amène la rupture de la portion extra-sacculaire. On ne réduit pas. Phlegmon herniaire. Guérison, avec persistance de la hernie.

47. Labbé. Mérigot de Treygny. *Th. de Paris* 1887.

Obs. 1. —H..., 34 ans. Hernie ancienne, comme les deux poings. Dans le sac, épiploon. anse grêle, cæcum. appendice turgescent. Réduction impossible. Ponction du cæcum, qui est fixé au collet. Libération. Décès. A l'autopsie on voit que c'est le méso cæcum qui s'opposait à la réduction. Il se prolonge dans la fosse iliaque.

48. Lawrence. 1838. *Trèves. Britisch. méd. J.*, 1887. 1. 382.

H..., 45 ans. Hernie ancienne. étr. depuis 3 j. A l'incision, issue de matières fécales. C'est le cæcum. Pas de sac. Débridement, anus. Décès. Autopsie: Hernie de la partie postérieure et inférieure du caecum extra-péritonéale. Petit sac contenant l'appendice.

49. Le Dentu. *Clin. Chir.*, 1892, p. 274.

H..., 33 ans. Ectropie pubienne du même côté. Le testicule est descendu depuis 5 ans. Etr. depuis 24 h. Ouverture d'une hydrocèle vaginale. La vaginale, recouvre complètement, sauf en arrière le cæcum hernié, auquel elle forme là un méso. Cul-de-sac péritonéal en dedans, n'étant en rapport qu'avec une partie du cæcum. C'est une hernie enkystée de la tunique vaginale, formée par le cæcum. Réduction difficile. Guérison.

50. Lejars. *Chir. d'urgence*, 4e Ed., p. 762.

Hernie volumineuse. Etr. depuis quelques heures. On trouve le cæcum libre en bas, avec l'appendice au dessus ; l'intestin fait corps avec le sac, sur 5 c. de long, ce qui rend la réduction impossible. Dissection du sac; on trouve en arrière les gros vaisseaux du colon ascendant. Réduction difficile après libération de l'intestin.

51. Michel *G. Gross Loc. cit.*

Obs. 5. — H..., 50 ans. Hernie depuis 10 ans comme le poing. Engouement depuis 4 jours. Cæcum mis à nu, adhérences très vasculaires en arrière avec les tissus. Sac vide en avant. Libération impossible. Anus. 2e opération: Large débridement. On arrive à réduire après libération. Guérison, avec persistance d'une impulsion à la toux.

52. J.-L. Petit, *Scarpa*. Loc. cit. p. 178.

Hernie ancienne, comme un petit melon. Dans le sac, cæcum et iléon. Réduction impossible à cause du mésentère inséré sous l'anneau. Débrid. guérison.

53. Shepard. *Annals of surgery* 1892. p. 122.

H.... 53 ans. Hernie depuis 11 ans. Epiploon et cæcum dans le sac; le cæcum n'est recouvert du péritoine qu'en avant. On réduit avec le sac. Guérison.

54. Van Heuverswyn. *Journal des sc. méd. de Lille.* 1893. I. 125.

G..., 17 mai. Hernie comme un œuf. Dans le sac, cæcum et appendice. Le premier fixé par un méso au collet. Il est sectionné sur une certaine longueur; ses deux lèvres sont suturées en arrière de l'intestin. Réduction. Guérison.

55. Vignard *Gazz. des Nap.* 1902 p. 769.

H..., 50 ans. Hernie volumineuse, étr. depuis 48 h. Sac difficile à trouver en avant du cæcum, qui est uni par un méso aux plans profonds. Le fond du cæcum regarde en haut; au dessous et en arrière est le colon. Réduction possible seulemeut par le procédé de Gaboulay. Guérison après suppuration.

Zsigmondy.— *Schmids Iahrbuch.* 1863. p. 117.

F..., 45 ans. Hernie comme le poing. A l'incision, issue de matières fécales. C'est le cæcum. Pas de sac. On laisse l'intestin au dehors. Fistule stercorale.

III. — HERNIE DU CÆCUM, INGUINALE DROITE AVEC DIVERSES COMPLICATIONS

57. Alglave. *Labadie Lagrave.* Loc. cit.

Obs. 6. H.... 73 ans . Hernie comme un œuf, depuis 15 ans; Etr. depuis 3 jours. Ouverture du sac, qui contient une anse grêle étranglée. Sa paroi postérieure est externe et formée en haut par le cæcum et l'appendice, complètement extra-péritonéaux. Ablation de l'appendice. Libération. Résection du sac. Barker. Guérison.

58. Brachi. *NélatonPath. Chir.* 1857, IV. 432.

Dans le sac, anses grêles livides. Derrière le sac, cæcum et appendice; en voulant détruire l'adhérence charnue naturelle, le cæcum se déchire. Débridement sans réduction. Fistule stercorale puis guérison.

59. Cappa. *Thèse de Paris.* 1875.

H..., 51 ans. Hernie étr. depuis 8 jours. Cæcum derrière le péritoine du sac. Sac contient l'appendice et une anse grêle étranglée. Mort.

60. Estienng. *Soc. de Chir.* 1902. p. 301.

H. 58 ans. Hernie depuis 30 ans. Péritonite herniaire. Pas de sac, cæcum incisé par mégarde, suture. En libérant, déchirure de l'intestin; sutures. Sac incomplet en avant et en dedans, Appendice sain, réséqué. Réduction. Pas de drainage. Phlegmon, débridement. Récidive un mois après.

61. Gangolfe. *Lyon médical.* 1892.

H. 46 ans. Hernie volumineuse, depuis 15 ans, phlegmon des parois herniaire; incision. Guérison.

Opération dans le sac épiploon, appendice, avec des adhérences inflammatoires au sac, colon en haut avec adhérence par glissement. Libération difficile. Guérison.

62. **Jaboulay.** Bérard. *Province méd.* 1896. p. 184.

F. 50 ans. Hernie comme un œuf, engouée.

Sac herniaire très limité, cæcum le déborde en arrière, fond en haut; appendice dans le sac, rouge tuméfié, avec corps étranger ; résection, réduction de l'intestin impossible.

2e Opér. réduction par bascule. Guérison.

63. **Jalaguier.** *Congrès de chir.* 1888. p. 574.

H... 43 ans. Hernie depuis 4 ans, comme un œuf. Etr, depuis 24 h.

Dans le sac, anse grêle et l'appendice, couverts de pus, étranglés ; l'appendice présente une striction au-dessus de sa partie moyenne, avec deux escharres ; cæcum au collet, complétement sous péritonéal en arrière, aplati mais sans aucun étranglement; décortication laborieuse. Guérison.

64 et 65, **Pollosson.** *Thèse de Charnois*, Lyon 1894-95.

Obs. 8. — H... 55 ans ; hernie depuis 10 ans, grosse comme deux poings, symptômes péritoniques.

Dans le sac, anse grêle, et appendice ulcéré à sa base, le sac est enflammé ; résection de l'appendice. Cæcum descendu par glissement. Réduction difficile. Hernio laparotomie, on réduit le cæcum avec le sac, après suture de celui-là. Guérison.

Obs. 9. — H... 67 ans hernie comme trois poings avec phénomènes inflammatoires douloureux en arrière et en dedans. Symptomes péritonéaux. Incision d'un abcès locodolenti ; ouverture du sac qui contient anse grêle, cæcum, colon asc. L'appendice s'enfonce dans la paroi postéro-interne du sac et s'ouvre dans l'abcès extra sacculaire. Impossible de réduire le gros intestin, à cause du méso étalé sur le sac. Résection de l'intestin, abouchement du cæcum et de l'iléon à la peau. Décès.

VI. — HERNIES DU CÆCUM INGUINALES DROITES. PIECES ANATOMIQUES

65. **Benno Schmidt** *Deutsche chir*, 1896. 47 p, 43.

H. âgé. Hernie jusqu'au 1/3 inf. de la cuisse, contient l'intestin grêle et le cæcum. Ce dernier n'a de péritoine qu'en avant, son fond est uni au sac par un méso.

67. **Chipault.** *Soc anat*, 1891. p.318.

H. Hernie funiculaire, avec cæcum sous péritonéal par une grande partie de sa face postérieure.

68. Cloquet. 1816 *Musée Dupuytren* n° 302.

H... 50 ans. Cæcum avec sac latéral et antérieur, il est irréductible. Dans le sac anses grêles.

69 Demeaux *Annales de chir. Franc. et étrang.* 1841, II317.

H... 55-60 ans. Hernie comme un œuf, en l'incisant on ne trouve point de sac, et on tombe directement sur le cæcum. En examinant par le ventre, on constate que le cæcum par sa partie extra-péritonéale était engagé dans le canal inguinal. Un cul-de-sac péritonéal accompagnait la face antérieure seule du gros intestin, une anse grêle s'y engageait, et avait déprimé le cæcum dans lequel elle paraissait invaginée. La réduction par traction du gros intestin est impossible.

70. Guillet. *Soc. anat.*, 1887, p. 229.

H. 43 ans. Hernie comme deux poings. Dans le sac intestin grêle et cæcum. Celui-ci est adhérent par sa face postérieure aux enveloppes, l'appendice est dans ces adhérences impossible à détacher. Dans l'abdomen, le colon ascendant n'est recouvert de péritoine qu'en avant. La fin de l'iléon adhère par le mésentère au sac. Ectopie testiculaire. Diverticule du sac paraissant constitué par la vaginale.

71. Malgaigne. *Acad. des sciences.* 1841.

Obs. 13. — A gauche hernie par glissement. (V. Obs. 153). A droite petite hernie, contenant le cæcum, l'appendice, la fin de l'iléon, tout cela étant en arrière du sac péritonéal qui avait été entrainé.

72) Ricard. *Soc. anat.*, 1888, p. 49

Hernie comme un citron. Une anse grêle plonge dans le sac, et se perd dans sa paroi, fermée à ce niveau par le cæcum et le colon ascendant. L'appendice est dans le sac.

73. Sernin. Mérigot de Treigny. Loc. cit.

Obs. — Hernie du cæcum, sans sac ; non réductible. Par l'abdomen, on ne voit aucun cul de sac péritonéal. Le colon est dans la fosse iliaque, extra péritonéal. L'appendice est dans la cavité péritonéale, avec l'lléon, à l'anneau.

74. Trèves. Loc. cit.

Hernie avec hydrocèle vaginale. Contenu : cæcum, et une partie du colon, adhérant au cordon. On ne trouve pas de vrai sac.

75. Tuffier. *Arch. gén. de méd.*, 1887, II, 52.

Hernie comme le poing. Sac bilobé : en bas, kystique, contenant le testicule atrophié ; en haut cul de sac péritonéal, dans lequel sont

l'intestin, l'appendice et le cæcum fond en haut. Le colon est derrière le sac, et descend au-dessous de lui, derrière la vaginale, dans laquelle il fait saillie. A gauche, canal vagino péritonéal.

V. — HERNIES DU CÆCUM, INGUINALES GAUCHES, NON ÉTRANGLÉES.

76. **Bœckel.** Hedrich. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1889, H... 55 ans. Hernie depuis 5 ans, comme les deux poings, irréductible et douloureuse. Cæcum dans le sac ; mais sa face postérieure devenue antérieure, n'est pas recouverte de péritoine. On sectionne le péritoine pour réduire. En arrière, hernie sous péritonéale de la vessie. Réduction. Guérison.

77. **Courtin.** *Soc. de chir.* 1896, p. 697.

H. 62 ans, grosse hernie depuis 20 ans, irréductible. Le sac est confondu avec son contenu, cæcum et épiploon. En voulant libérer, déchirure de l'intestin en 2 endroits. On attire le gros intestin et l'intestin grêle, on réseque la tumeur herniaire, et on fait une en terorrhaphie par implantation latérale. Guérison.

78. **Villeneuve.** Pujol. *Gazz. des Hop.*, mars 1896.

H. 70 ans. Hernie depuis 12 ans, jusqu'à mi-cuisse, douloureuse. Dans le sac épiploon et gros intestin. De plus cæcum sous péritonéal en bas et en arrière. Réduction difficile ; résection du sac. Déchirure du méso colon ascendant. Décès avec phén. d'étrangl.

VI. — HERNIES DU CÆCUM, INGUINALES GAUCHES, ÉTRANGLÉES

79. **Steiger.** *Corresp. f. Schweitz Aerzte*, 1879, 504.

Obs. 2. — F... 57 ans Hernie étr. depuis 3 j.

Pas de sac. Hernie sous péritonéale du cæcum et de l'appendice. Réduction facile. Guérison.

VII. — HERNIES DU CÆCUM, CRURALES DROITES, ÉTRANGLÉES

80. **Giovanni Buzzachi.** *Ann. univ. de méd.*, 1875, 444.

H... Hernie comme une noix, depuis 1 an.

Hernie formée par la portion extra péritonéale du cæcum. Réduction difficile à cause de l'adhérence, et du méso colon qui le fixe dans l'abdomen. Le cæcum est courbé sur son axe longitudinal.

81. **Richet**. *Anat. chir.* 1885, 592.

H. 55 ans. Hernie sans sac. A l'incision, issue de gaz et de liquide intestinal. C'est l'appendice. Le cæcum n'a pas de sac. Réduction en laissant l'appendice dehors. Guérison.

VIII. — HERNIES DE L'APPENDICE, INGUINALES DROITES NON COMPLIQUÉES.

82. **Bernard**. *Soc. anat,*, 1894. p. 295.

Hernie ancienne, irréductible depuis 8 jours. Pas de sac. Appendice dans le tissu cellulaire. Résection.

83. **Chrétien**. *Annales méd. chir. du centre* 1904. 79.

H... 43 ans. Hernie depuis 7 ans, petite, irréductible, douloureuse, coliques fréquentes. Appendice, sans couverture séreuse. Pas trace de sac. Résection. Le cæcum affleurait l'orifice interne. Guérison.

84. **Dionis du Séjour**. *Soc. anat.* 1904. 135.

H... Hernie récente, douloureuse. Sac petit, vide. En arrière appendice dans un second sac très mince, avec franges graisseuses ; sa pointe est libre ; sa base disparaissait sous le péritoine de ce sac. Au-dessous éléments du cordon. En tirant on amène le cæcum.

IX° HERNIES DE L'APPENDICE, INGUINALES DROITES, COMPLIQUÉES

85. **Baumetz**. *Gaz des Hôp.* ,1859. 462.

H... 19 ans. Hernie petite, depuis 8 ans. Etranglement depuis 8 jours. Incision d'un abcès, où baigne l'appendice gangrené, on l'abandonne dans la plaie. Décès. A l'autopsie on trouve le cæcum affleurant le collet. Il est sous péritonéal. L'appendice plonge dans le canal ; sa base dans l'abdomen est saine ; son corps et sa pointe, longs de 7 c. sont, dans le tissu cellulaire de la hernie, remplis de pus. En arrière de l'appendice est un petit sac péritonéal avec une anse grêle étranglée.

86. **Bérard**. *Gaz. des hôp.*, 1902. 770.

H... 58 ans. Hernie ancienne, douloureuse, étranglée depuis 48h. Pachyvaginalite séreuse. En arrière, diverticule péritonéal vide adhérent en dehors à une masse fibrolipomateuse ; issue d'un liquide fétide. Cette masse adhère au cæcum. C'est l'appendice, oblitéré à sa base, enflammé. Résection de l'appendice ; castration. Guérison après suppuration légère.

87. **Escher.** Loc. cit.., *Obs.* 21

— H... 75 ans. Hernie irréductible contient une partie du cæcum recouvert en dedans seulement par un petit sac vide. Entre le cæcum et le testicule, collection pyostercorale. Appendice disparu ; mais sur le cæcum, un orifice arrondi au niveau de sa base d'inplantation. Suture de cet orifice. Drainage. Guérison.

88. **Guibal et Roland.** *Presse Med.*, 1903. 719.

H... 60 ans. Hernie depuis 25 ans, grosse comme le poing, sympômes péritonéaux, douleurs locales. Incision d'un abcès fétide. Sa cavité communique avec l'appendice, extrapéritonéal. Il est réséqué. Près de l'orifice inguinal, pointe du cæcum, extrapéritonéal en dehors, recouvert en dedans par un petit diverticule péritonéal. Guérison.

89. **Morestin.** *Soc. de chir.*, 1902. 366,

H... 62 ans. Hernie depuis 10 ans. Actuellement, phlegmon gangréneux du scrotum. Incisions multiples ; dénudation du testicule. Cicatrisation partielle, avec abouchement d'un moignon d'appendice, laissant échapper du mucus glaireux, et reconnaissable à sa muqueuse éversée.

Opér. Libération de l'appendice, qui est contenu dans un sac herniaire, descendant jusqu'au testicule. Il reste 12 cent. d'appendice réuni à la face postérieure du sac, et à la fosse iliaque par uu court méso. Il se continue insensiblement avec le cæcum. Résection. Cure radicale. Guérison.

90. **Walther.** Sauvage. *Th. de Paris*, 1893-94.

Obs. 2. — H..., 69 ans. Hernie depuis 10 ans. Symptômes inflammatoires locaux depuis 3 j. ; ouverture spontanée d'un petit abcès à la partie antérieure. Incision d'un abcès pyostercoral ; puis d'une vaginalite suppurée. Au centre des tissus infiltrés de pus, appendice ; le cæcum apparaît à l'anneau. Au-dessous et en dehors du cæcum, cul-de-sac péritonéal avec épiploon. Résection de l'appendice. Castration. Décès par pneumonie.

X. — HERNIES DE L'APPENDICE. INGUINALES DROITES; PIÈCES ANATOMIQUES

Dujarrier et Castaigne ; *Soc. anat.*, 1899, 180.

F..., Hernies avec deux sacs. L'un interne vide, avec lipome préherniaire, l'autre externe contenant l'appendice ; celui-ci fait saillie derrière la paroi postérieure du péritoine sacculaire. Adhérent au collet.

XI. — HERNIES DE L'APPENDICE, CRURALES DROITES COMPLIQUÉES

92. Cabaret. *Journal des connaissances méd. chir.*, 1842, I. 55.

F..., 60 ans. Hernie comme un œuf. Etranglée depuis 5 j. A l'incision, pas de sac. Appendice dans le tissu cellulaire, rouge, turgescent, le sommet infiltré de sang noir; étranglé par la partie interne de l'anneau, ce que montre un rétrécissement situé près du cæcum. Réduction. Guérison après suppuration.

93. Demoulin. *Soc. de chir.*, 1900, 1063.

F..., 57 ans. Hernie depuis 19 ans. Volumineuse, constituée par une tumeur liquide déjà ponctionnée 2 fois. Deux sacs. Le premier rempli de liquide, contenant l'autre sac chargé de graisse, et dans lequel est l'appendice, relevé à la paroi par un méso. Résection en masse de la tumeur, au ras du cæcum. Guérison.

94. Hévin. *Cabaret.* loc. cit.

Glissement de l'appendice sur le ligament de Fallope. Perforation de l'appendice, et formation d'un abcès pyostercoral à la partie supérieure et interne de la cuisse. Incision. Décès.

95. Keetley. *Méd. Press. an circ*, 1890. I. 85.

F..., 53 ans. Hernie avec symptômes d'étranglement. Pas de sac. On ouvre par mégarde l'appendice peu altéré. Dissection. Résection. Guérison.

XII. — HERNIES DE L'S ILIAQUE, INGUINALES GAUCHES, NON ÉTRANGLÉES

96 et 97. Anderson *Méd, Press, an circ.* 1894. I. 494. II. 403. 622.

Obs. 1. H. 30 ans. Hernie depuis 10 ans, petite. Grosse hernie droite. Hernie directe. Anse intestinale presque totalement dépourvue de péritoine. Petit sac vide en haut. Réduction avec le sac. Guérison.

Obs. 2. — H..., 41 ans. Hernie depuis 5 mois, réductible. Lipome préherniaire, en avant de l'intestin presque totalement extra-péritonéal. En haut petit cul-de-sac contenant des appendices épiploïques. Dans la fosse iliaque, gros intestin sous-péritonéal. Résection. Guérison après suppuration.

98. Barker. *British. méd. J.* 1898. II. 712.

Obs. 2. — H...., Hernie énorme irréductible. Dans le sac épaissi, épiploon. Derrière le sac gros intestin et vessie. Réduction. Suppuration, gangrène intestinale. Décès.

99 à 102. Berger. *Blaise. Th. de Paris*, 1893-94.

Obs. 9. — H..., 34 ans. Hernie depuis un an, funiculaire. Hernie directe. Dans le sac appendices épiploïques. Derrière le sac S. Iliaque près du collet. Réduction. Barker. Guérison.

Labadie-Lagrave. Loc. cit.

Obs. 2. — H..., 35 ans. Dans le sac, épiploon adhérent au fond. S. Iliaque, adhérent par son insertion méso colique à la partie supérieure et postérieure. Refoulement; Barker. Guérison, après suintement abondant.

Obs. 3. — H..., 47 ans. Énorme hernie paraissant réductible. Adhérence par glissement de l'S. Iliaque. Herniolaparotomie; il faut tirer non seulement sur l'intestin, mais sur le méso, tout près du sac, pour réduire dans le ventre. Suture de 4 franges graisseuses de l'intestin à la paroi abdominale. Sac laissé en place. Opération difficile. Guérison après lymphangite.

Obs. 5. — H..., 45 ans. Hernie inguinale droite, opérée.

Adhérences par glissement de l'S. Iliaque. Elles sont libérées, l'intestin refoulé; Barker. Il existe une hernie directe du même côté. Guérison.

103 et 104. Broca. *Renault.* Loc. cit.

Obs. 27. — G..., 26 mois. Hernie depuis 15 mois, jusqu'à mi cuisse, réductible. S Iliaque et colon fixés par une adhérence charnue naturelle. Guérison, après hématom.

Congrès de chir. 1901, p. 389.

Adulte. Volumineuse hernie.

L'S Iliaque a attiré le colon descendant, fixé par une adhérence charnue naturelle. Décollement. Réduction. Guérison.

105. Campenon. De Mayo. *Th. de Paris*, 1897-98.

Obs. 1. — H.... 44 ans. Hernie jusqu'à mi cuisse, irréductible. Hernie ing. droite, opérée. Anses grêles et appendices épiploïques, dans le sac. Gros intestin derrière le sac, son pôle inférieur remonte en avant. Plaie du gros intestin, en voulant sectionner une bride fibreuse intra sacculaire. On la suture, et on abandonne l'intestin dans la plaie. — Anus spontané. Guérison, avec persistance de la hernie.

106. Cerné. Loc. cit.

H..., 60 ans. (V. obs. 7, hernie inguinale droite). Anses grêles dans le sac, qui ne peuvent être réduites; la route est barrée par le méso du gros intestin, descendu par glissement au collet. Section du méso, réduction. Guérison.

107. **Frœlich**. Loc. cit.

Obs. 3. — H..., 35 ans. Hernie depuis 3 ans, comme le poing, irréductible, douloureuse. Saillie d'une anse du gros intestin derrière le sac. Franges épiploïques volumineuses. La branche interne de l'anse a un méso; dans la fosse iliaque l'intestin est sous-péritonéal. Hémorrhagie, et amincissement de la paroi intestinale en voulant la libérer. On la laisse dehors. Guérison avec persistance de la hernie.

108. **Gouilloud et Rafin**, de Vaucresson. *Th. de Lyon*, 1896-97.

Obs. 20. — H..., Hernie depuis 16 ans, comme une tête d'adulte, irréductible. Epiploon dans le sac. Gros intestin saillant derrière le sac. On péritonise la partie extra-péritonéale de l'intestin, avec un lambeau emprunté au sac. Guérison.

109. **Gross**. Loc. cit.

Obs. 6, — Hernie du gros intestin. Réduction difficile par glissement et décollement partiel. Guérison.

110, **Heydenreich**, Frœlich. Loc. cit.

Obs. 2. — Hernie irréductible douloureuse. Intestin grêle dans le sac. Colon descendant inséré sur le sac. Libération; amincissement des parois de l'intestin; section de vaisseaux. On laisse l'intestin dehors. Sphacèle de l'intestin, anus. Persistance de la hernie.

111 et 112. **Julliard**, *Congrès de chir.* 1895. 433.

Obs. 1. — H..., 62 ans, Hernie depuis 2 ans, volumineuse, partiellement réductible. Glissement de l'S Iliaque et du colon derrière le sac. Résection de 49 c. d'intestin. Entérorraphie circulaire. Castration. Guérison.

Obs. 2. Cas analogue. H..., 59 ans. Résection de 47 cent. d'intestin. Guérison.

113 à 115. **Lambret**. Mouton. *Th. de Lille*. 1898-1899.

Obs. 1. — H..., 35 ans. Hernie comme le poing; partiellement réductible. Saillie de l'intestin derrière le sac. Appendices épiploïques volumineux. Libération impossible, hémorrhagie. Résection de 15 cent. d'intestin; anastomose termino-terminale; réduction difficile du moignon. Suppuration, la cicatrice bombe.

Obs. 2. — H..., Hernie depuis 5 ans; comme les 2 poings; grande partie réductible. Pas de sac. On incise par mégarde l'intestin; petit cul-de-sac péritonéal au-dessus de l'intestin. Hémorrhagie. Récidive. 2e Opér. Réduction. Castration. Guérison.

Obs. 3, — H..., 51 ans. Hernie depuis 4 ans, irréductible. On tombe sur la face péritonéale du gros intestin. Le sac est au-des-

sus. L'anse est libérée de H en B. Réduction difficile. Hernio-laparotomie. Guérison.

116 à 119. **Lucas-Championnière** Loc. cit.

Obs. 47. — H..., 29 ans. Hernie depuis 9 ans ; irréductible. Glissement du gros intestin. Dissection difficile. Guérison.

Obs. 51 — H. 23 ans. Double hernie inguinale (V. obs. 27). Dans le sac, épiploon. Glissement du gros intestin. Guérison.

Obs. 60 — H. 25 ans. Hernie volumineuse, depuis 10 ans. Épiploon dans le sac. Derrière le sac, gros intestin, avec beaucoup de vaisseaux. Libération difficile. Guérison.

Obs. 118. H... 51 ans. Hernie volumineuse, incoercible. Paroi postérieure du sac, formée par le gros intestin. Guérison.

120-121. **Morestin.** *Congrès de chir.*, 1900. 443.

H... 52 ans. Hernie comme les deux poings, récidivée, réductible. Sac très exigu ; masse formée exclusivement par le colon extrapéritonéal. Refoulement après libération. Récidive. 2e opér. Laparotomie. Réduction par traction, le méso se reforme ; on le fixe à la fosse iliaque. Guérison.

Andrieu. *Th. de Paris.* 1903-04. obs. 2.

H... 48 ans. Hernie comme les deux poings, difficilement réductible.

Sac très exigu, en dehors duquel est l'S Iliaque. Laparotomie sur le bord externe du Droit. Mésoplastie, méso-colopexie. Guérison.

122. **Morris.** *Lancett.* 1895. II. 979.

H... 27 ans. Hernie depuis 6 ans. Volumineuse, réductible. Anse sigmoïde derrière le sac. Libération de l'intestin dont on péritonise la face extrapéritonéale avec le sac. Guérison.

123. — **Périer.** Desbordes. *Th. de Paris.* 1895-96.

Obs. 1. — H. 32 ans. Hernie depuis l'enfance, comme le poing. Incoercible, douloureuse, imparfaitement réductible. Intestin grêle et épiploon dans le sac. Gros intestin, relié en arrière au collet, par un méso déplissé. Libération, hémorrhagie. Guérison.

124. **Potel.** *Echo méd. du nord.* 1903. 510.

H... 54 ans. Hernie comme les 2 poings, douloureuse. Anse de colon de 30 c. m. adhérente à la paroi postérieure du sac. Libération après incision du péritoine en dehors de l'intestin. Guérison après suppuration.

125. **Schwartz.** *Soc. de chir.* 1901. 193.

Hernie volumineuse. Adhérence par glissement du péritoine de la fosse iliaque, et du gros intestin. Résection de 30 c. de gros

intestin. Bouton de Murphy. — Sphacele de l'anse au niveau du bouton ; mort.

126 et 127. Terrier. Boiffin *Th. de Paris.* 1886-87.

Obs. 70. — H... 56 ans. Hernie depuis 4 ans, comme une tête d'enfant, irréductible, douloureuse.

Anse Iliaque de 20 cent, dont 10 sont adhérents par soudure entre le mésocolon et le sac. Libération difficile de l'intestin. Section de nombreux vaisseaux. — Récidive sous forme de pointe de hernie.

Obs. 71. — H. 44 ans. Hernie depuis 18 ans, jusqu'à mi-cuisse, irréductible, douloureuse.

Anse iliaque de 25 cent. adhérente au sac et au collet. Appendice volumineux. Dissection difficile de l'anse. Section de replis fibreux mésentériques. Guérison après suppuration, et élimination de fils de soie. Récidive au bout de 2 ans.

128-131. Weir. Loc. cit.

Obs. 1. — H. 60 ans. Hernie depuis 25 ans, comme un œuf d'oie, difficilement réductible.

Gros intestin recouvert par la paroi postérieure du sac, lachement adhérent au scrotum. Réduction. Guérison.

Obs. 5. — H. 44, hernie depuis 18 mois ; irréductible et douloureuse.

Colon descendant, derrière la paroi postérieure du sac. Libération. On fait avec le sac une cloison séreuse derrière l'intestin réduit. Guérison.

Obs. 8. — H. 64 ans. Hernie depuis 18 ans, réductible.

Gros intestin derrière la paroi postérieure du sac, qui contient une anse grêle. Réduction. Guérison.

Obs. 10. — H. 47 ans. Hernie depuis 13 ans, longue de 3-5 pouces, partiellement réductible.

Colon adhérent derrière le sac. On péritonie la face extra sacculaire, avec un lambeau pris au sac. Guérison.

132. Weiss. G. Gross. Loc. cit.

Obs. 3. — H. 57 ans. Hernie depuis 15 j. ; Troubles digestifs. Gros intestin extra-sacculaire, adhérent par des tractus vasculaires, au scrotum. Libération difficile. Guérison.

133-135. Inédits, *Obs.* 3, 6 et 8.

XIII. — HERNIES DE L'S ILIAQUE, INGUINALES, GAUCHES, ÉTRANGLÉES

136. **Anderson**. Loc. cit. p. 621.

H. 38 ans. Hernie depuis 1 an, obstruction depuis 4 j.

Sac incomplet avec épiploon. En arrière moitié d'anse sigmoïde. Intestin sous péritonéal dans la fosse iliaque. Réduction. Guérison.

137. **Berger. Boiffin**. Loc. cit.

Obs. 2. H. 70 ans, hernie depuis 30 ans, comme les 2 poings ; signes d'étranglement peu serré depuis 8 jours.

Dans le sac appendices épiploïques énormes ; 25 cent d'S. Iliaque attaché par son méso à la paroi postérieure. Bride fibreuse longeant la concavité de l'anse. Réduction impossible, même après ponction de l'intestin. Anus. — Mort.

138. **Hartmann**, de Mayo. Loc. cit.

Obs. 2. H. 30 ans. Hernie depuis 15 ans. Etr. depuis 2 j. partiellement réductible.

Colon, peu serré, relié à la paroi postérieure du sac par un méso ; gros appendices épiploïques. Libération difficile. Réduction en masse, avec le cordon. Fixation à la Barker. Guérison.

139 et 140. **Henggeler**. *Beitraege zur clin. chir*. XV. p. 1.

Obs. 184.— H..., 66 ans. Hernie depuis 23 ans, comme le poing; étr. depuis 6 h, Anse sigmoïde dépourvue de revêtement péritonéal par sa moitié postérieure. Libération difficile. Guérison.

Obs, 246.— H..., 59 ans. Hernie depuis 20 ans, comme une tête d'adulte. Etr. depuis 24 h. Anse sigmoïde, dont 3 c. adhérents au sac. Réduction de l'intestin avec le sac. Guérison.

141. **Périer**. *Desbordes*. Loc. cit.

Obs. 2. H..., 32 ans, Hernie depuis l'enfance, comme une tête de fœtus. Etr. depuis 1 j. Epiploon et intestin grêle dans le sac. Gros intestin adhérent à la paroi postérieure sur 3 c. près du collet. Gros vaisseaux. Résection partielle du sac. Réduction en masse. Guérison après suppuration.

142. **Robert**. *Soc. anat*. 1858.

H..., 52 ans. Hernie depuis 6 semaines, comme un œuf. Phénomènes péritonéaux depuis 5 jours. Anse intestinale adhérente. Décès. Autopsie. Péritonite par perforation de l'intestin au collet.r C'est l'S Iliaque adhèrent à l'anneau par le méso-colon modifié pa l'inflammation.

143. Savariaud. Andrieu Loc. cit. obs. 3.

H..., 55 ans. Hernie depuis 2 j. Anse iliaque adhérente au sac par son méso. Libération, refoulement avec le sac. Guérison.

144 Schwartz. Mérigot de Treigny. Loc. cit. Obs. 59.

H..., 50 ans, Hernie, depuis l'enfance, signes peu nets d'étr. Anse sigmoïde derrière le sac. Réduction difficile à cause des adhérences extra-péritonéales. Guérison par 2e intention.

145 Verneuil, *Soc. de chirg.* 1865.

H.,., 78 ans. Hernie comme les deux poings. Etr. depuis quelques heures. Dans le sac, anse grêle étranglée. Gros intestin adhérent au sac, avec volumineux appendices. Réduction impossible. On abandonne le gros intestin dans le scrotum. Décès.

146, Weir. Loc. cit. Obs. 2.

H..., 58 ans. Hernie depuis 28 ans, étranglé peu serré. Anse sigmoïde derrière le sac. Réduction difficile à cause des adhérences. Guérison par 2e intention.

147. Inédite. *Obs.* 5.

XIV. HERNIES DE L'S ILIAQUE, INGUINALES GAUCHES; PIÈCES ANATOMIQUES.

148. Boussi. *Soc. anat.* 1878, p. 59.

H..., 68 ans. Hernie ancienne, énorme. En ouvrant la hernie, incision de l'intestin. C'est l'S Iliaque, qui fait partie de la paroi du sac, dont il tapisse la paroi antérieure, le fond, puis la paroi postérieure. Dans le sac, anses grêles.

149. Broca. *Soc. anat.* 1891, p. 548.

H..., agé. Hernies énormes ; à droite, le sac contient le colon transverse ; à gauche 2 m. 10 d'intestin grêle, le cæcum, 15 cent. de colon asc libres, sont au niveau du collet où il y a une adhérence charnue naturelle. Colon iliaque hernié en entier, adhérent par son méso au colon.

150. Chauffard. *Soc.anat.* 1882.

H..., 52 ans. Hernie depuis 20 ans, irréductible ; mort. Autopsie : Anse iliaque adhérant intimement au sac, par des adhérences vasculaires, néoplasiques. Les parois de l'anse herniée sont le siège d'une tumeur volumineuse, au niveau de l'insertion mésentérique.

151. Cloquet. 1815. *musée Dupuytren.* N° 287.

H..., 60 ans, Sac volumineux contenant l'S. Iliaque, et divisé en deux cavités par le méso colon iliaque.

152. **Ladroitte.** *Soc. anat.* 1882, p. 169.

Dans le sac anse iliaque, adhérente à la partie postérieure ; ne pouvant être réduite, qu'après avoir séparé le sac des autres enveloppes.

153. **Malgaigne.** Loc. cit.

Hernie droite (V. obs. 71). A gauche S'Iliaque, avec franges adhérentes au fond du sac; brides fibreuses, sur lesquelles l'intestin aurait pu s'étrangler. Le sac n'existait qu'en avant ; l'S Iliaque est en dehors du sac, dans le tissu cellulaire.

154. **Mauclaire.** *Soc. anat.* 1896. p. 565.

Sac incomplet n'existant qu'en avant. S. Iliaque avec adhérences charnues naturelles contenant les vaisseaux de l'intestin, qui paraissent allongés.

155. **Roussel.** *Soc. anat.* 1841. p. 208.

H..., 75 ans. Hernie volumineuse ; mort d'étranglement. Hernie de l'S iliaque à sac incomplet ; pendant la réduction, l'intestin entraîne avec lui le sac, dont il se revêt, en le retournant.

156. — **Savariaud.** *Soc. anat.* 1900. p. 772.

Hernie jusqu'au 1/3 moyen de la cuisse. Anse iliaque de 30 cent, derière le sac. Vaisseaux de l'intestin, derrière le péritoine du sac, dans la concavité de l'anse. Réduction par refoulement du sac suturé, ce qui refait dans le ventre, le mésocolon.

157 et 158. **Inédites.** *Obs.* 1 *et* 2.

XV^e^ — HERNIES DE L'S ILIAQUE, CRURALES, GAUCHES, ÉTRANGLÉES

159. **Brünner** *Beirtraege z. clin. chir.* IV. p. 25.

F..., 73 ans. Hernie ancienne, petite, étr. depuis 12 h. A l'incision, on ouvre l'intestin adhérent au sac. Libération de l'anse herniée avec le sac. Réduction. Guérison.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. ALBARRAN.—Art. *Rein mobile*, du Traité de chir. de Le Dentu et Delbet.
2. ALGLAVE.—*Trait. chir. de la tuberculose iléocœcale.* Th. de Paris 1904
3. — *Dispositions vicieuses du colon ascendant provoquées par l'abaissement du rein droit*, etc. Revue de chir. 1904. I. 730.
4. ANDERSON.— *Three cases of sacless ing. hernia.* Britisch. méd. journ. 1895. II. 967.
5. ANDRIEU.— *Hernies de l'S Iliaque par glissement.* Th. de Paris 1903.
6. BARIETY. — *Hernies de l'appendice, compliquées d'appendicite.* Th. de Paris 1894-95.
7. BÉRARD et VIGNARD. — *Hernies du cœcum à sac incomplet.* Gaz. des hôpitaux, 1902. 10 juillet et 2 août.
8. BERGER. — Art. *Hernies*, du Traité de chir. Duplay et Reclus. 2e éd. Soc. de chir. 1901, 153.
9. BLAISE. — *Canal inguinal chez l'adulte*, etc. Th. de Paris, 1893-94.
10. BOIFFIN. — *Hernies adhérentes au sac.* Th. de Paris. 1886-87.
11. BOURCART. — *Situation de l'S Iliaque chez le nouveau-né.* Th. de Paris 1863.
12. BRIEGER.— *Die hernien des processus vermiformis.* Arch. f. Klin. Chir. 1898. Bd. 45.
13. BROCA. — Soc. anat. 1887, p. 407; et 1891.
14. BRYANT. — Médical Record, 1900. I. 343.
15. BUY. — *Anat. du colon transverse.* Th. de Toulouse, 1901.
16. CHARNOIS. — *Hernies du cœcum compliquées d'appendicite.* Th. de Lyon. 1894-95.
17. COLEY. — Annals of surgery-juli, 1901.
18. CURSCHMANN.— *Die anormalien der Lage, Form und Grosse des Dickdarmes*, etc. Deut. arch. f. Klin. méd. 1894. Bd. 53.
19. DESPORDES.—*Hernies adhérentes de l'S Iliaque.* Th. de Paris 1895-96.
20. DUCATTE. — *Ptoses du gros intestin.* Th. de Paris. 1899-1900.
21. DURET.— *Variétés rares de hernies inguinales.* Th. d'agrég. Paris 1883.
22. DUVAL (Pierre). — *Cancer du colon pelvien.* Th. de Paris 1901-02.
23. FAURE (J. L.). — *Situation anormale du cœcum.* Soc. anat. 1895 9 p.
24. FERE. — Rev. mens. de méd. et chir. 1879.
25. FREDET. — Art. *Péritoine.* du trait. d'anat. de Poirier.
26. FRŒLICH. — *Hernies par glissement.* Gaz. hebdom. 1899. 385.
27. FROLOW. — *Hernies du cœcum.* Prakt. Vratch. août 1904.
28. FROMONT. — *Anat. du tube digestif*, etc. Th. de Lille 1889-90.

29. GALEAZZI. — Clinica chirurgica. 1899.
30. GAYE. — *Hernies irréductibles*. Th. de Paris. 1892-93.
31. GLANTENAY et GOSSET. — Art. *Rein*, du traité d'anat. de Poirier.
32. — Cités par Albarran. Loc. cit.
33. GOSSELIN. — Traité des hernies.
34. GROSS (G). *Hernies par glissement*. Arch. provinc. de chir. mai et et juin 1903.
35. HARTMANN. — *Causes rares d'irréductibilité des hernies*. France méd., 1887, 305.
36. HÉDRICH. — *Hernies ing. gauches du cœcum*. Gaz. méd. de Strasbourg, 1898.
37. HOFMANN. — *Hernie des processus vermiformis*. Deut. Zeitschrif f. Chir. Bd. 45.
38. JACKLE. — *Die Erkrankungen des processus vermiformis in Brucksack*. Inaug. Diss. Marburg. 1888.
39. JABOULAY. — Art. *Hernies*, du Trait. de chir. Le Dentu Delbet.
40. JONNESCO, — Art. *Intestin*, du Trait. d'anat. de Poirier, 1° éd.
41. KIRMISSON. — Revue d'orthopédie 1886 et suiv. p. 1.
42. KLEIN. — *Die ausseren Brucke des proc. vermif.* Inaug. Diss. Giessen, 1868.
43. KOCH. — *Die Entwickelunsgeschichte der Dickdarmbruche*, etc. Dorpat, Leipzig, 1899.
44. LABADIE LAGRAVE. — *Hernies par glissement*, etc. Th. de Paris, 1903-04.
45 LALLEMENT. — *Hernies par glissement*, etc. Th. de Nancy. 1898-99.
46. LANCERAUX. — Art. *Rein*, du dict. Dechambre.
47 LEGUEU, — *Situation du cœcum chez l'enfant*. Soc. anat. 1892, 55.
48 — Cité par Albarran. Loc. cit.
49. LEJARS. — Chir. d'Urgence. 4° éd. 762.
50. LEMENICIER.— *Mécanisme des hernies du cœcum*, etc. Th. de Paris, 1886-87.
51. LE PLAY. — *Positions anormales de l'appendice*. Soc. anat. 1904. 312.
52. LEVY. — *Hernies de l'appendice*. Arch. prov. de chir. 1903.
53. LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — Congrès de chir. 1901. 561.
54. MAC BURNEY. — Médical Record, 1900. 1 343.
55. DE MAYO. — *Hernies par glisssement*. Th. de Paris 1897-98.
56 MERIGOT DE TREYGNY. — *Hernies du gros intestin*, etc. Th. de Paris. 1886-87.
57 DE MONTVILLE. — *Hernies adhérentes*, etc. Th. de Paris 1901-02.
58. MORESTIN. — *Trait. des hernies ing. par glissement de l'S. Iliaque*. Congr. de chir. 1900. 443.
59. MOUTON. — *Hernies adhérentes par glissement*. Th. de Lille 1898-99.
60. MOYNIHAM. — *The anat. an surg. of the peritoneal fossea*. Brit. méd. Jour. mars 1899.
61 NÉLATON. — Pathologie chir. 1857. T. IV.
62. PERIGNON. — *Le développement du péritoine*. Th. de Paris 1892-93.
63. POIRIER. — Soc. de chir. 1902. 695.
64. POLOSSON. — Lyon médical 1893. 75.
65. PUJOL. — *Hernies ing. gauche du cœcum*. Gaz. des hôpitaux 1896. 1121.

66. QUENU. — *Du rôle de l'angle colique gauche dans les occlusions.* Soc. de chir. 1902. 695.

67. QUÉNU et HEITZ BOYER. — Soc. anat. 1904. 787.

68. RAYER. — Traité des mal. des reins. III. 787.

69. RENAULT. — *Hernies inguinales du cœcum et de l'S Iliaque considérées principalement chez l'enfant.* Th. de Paris 1897-98.

70. ROCHARD. — *Les hernies.* (Bibl. de chir. contemporaine).

71. ROTHE. — *Statis. der incarcerierten hernien.* Beitrage. Z. Klin. chir., 1902.

72. SAVARIAUD. — *Cure radicale des hernies par glissement*, etc. Congrès de chir. 1901. 575.

73. SCARPA. — Traité des hernies. Trad. Cayol, 1812.

74. SCHMIDT. — *Die Unterleibsbruche.* Deutsche chir. t. 49.

75 STIFLER. — *Uber Ptose des aorta abdominalis.* Berliner Klin. Woch. sept. 1904. p. 952.

76. TARIEL. — Revue des mal. de l'enfance 1894. 247.

77. TENAIN. — Annales de chir. franç. et étrangère. T. IV. p. 156.

78. TERRIER. — Soc. de chir. 1902. 471.

79. TRITSCHLER. — *Hernies du cœcum.* Tubinge. 1806.

80 TUFFIER. — *Hernies du cœcum.* Arch. gén. de méd. 1887.

81. — Soc. de chir. 1901. 184.

82. — Art, *Rein*, du Traité de chir. Duplay et Reclus. 2e éd.

83. TUFFIER et JANE. — *Anatomie de l'appendice et de la région iléo cœcale.* Rev. de Gynéc. 1898.

84. TRÈVES. — *Hernia of the cœcum.* Britisch. méd. Jour. 1887. I. 382.

85. VAUCRESSON (de). — *Adhérences herniaires.* Th. de Lyon. 1896-97.

86. VESIGNE. — *Hernies de l'appendice et du cœcum.* Th. de Paris 1902-03.

87. WASSILJEW. — *Ueber appendicitis in inguinal hernien*, etc. Arch. f. Klin. chir. 1904. Bd. 73. p. 169.

88. WEIR. — *Treatment of the sliding hernias*, etc. Méd. Record. Févr. 1900. 309.

89. WETTE. — Arch. f. Klin. chir. Bd. 73 1904. p. 215.

TABLE DES MATIÈRES

page

HERNIES PAR GLISSEMENT DU GROS INTESTIN. 1

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. . . . . .
Rapport du sac et du gros intestin. 4
Segments d'intestin adhérents. 6
Situation et position de l'intestin. 11
Complications 13
Dispositions des vaisseaux et ptose du rein. 17

PATHOGÉNIE. 19
Exposé des théories 20
Disposition du péritoine. 23
Mécanisme de la hernie 31
Hernies acquises. 33
Hernies congénitales 34

Conclusions. 37
Ptose du rein. 38
Déformations vasculaires. 38

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC. 42

TRAITEMENT 45
Statistique 45
Technique 47

Conclusions 55
Complications. 55
Planches

Observations inédites 59
Observations résumées 73

Index bibliographique 94

Accepté :
Le Président de la Thèse,
P. POIRIER.

Vu :
Le Doyen,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.